

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

171

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 5 mai 1892, à 1 heure*

Par ROCQUET (MARTIAL)

[Né à Marchiennes (Nord), le 25 mars 1867]

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE  
RÉPÉTÉE CHEZ LA MÊME FEMME

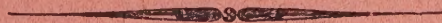
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT



*Président : M. TARNIER, professeur.*

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.  
BAR, BALLET, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 5 mai 1892, à 1 heure*

Par ROCQUET (MARTIAL)

Né à Marchiennes (Nord), le 25 mars 1867

---

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

RÉPÉTÉE CHEZ LA MÊME FEMME

---

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

---



*Président : M. TARNIER, professeur.*

*Juges : MM. { LABOULBÈNE, professeur.  
BAR, BALLET, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

O LLIET-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> . . . . .                                                 | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                           | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                      | FARABEUF       |
| Physiologie . . . . .                                                  | CH. RICHET.    |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                  | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale . . . . .                                          | DIEULAFOY      |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      | DEBOVE         |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        | LANNELONGUE.   |
| Histologie . . . . .                                                   | CORNIL.        |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie. . . . .                                                 | TILLAUX.       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                             | N.             |
| Hygiène. . . . .                                                       | HAYEM.         |
| Médecine légale . . . . .                                              | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                   | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale. . . . .                          | LABOULBÈNE.    |
|                                                                        | STRAUS.        |
|                                                                        | G. SÉE.        |
| Clinique médicale . . . . .                                            | POTAIN.        |
|                                                                        | JACCOUD.       |
|                                                                        | PETER.         |
|                                                                        | GRANCHER.      |
| Maladie des enfants . . . . .                                          |                |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . | BALL.          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                     | CHARCOT.       |
|                                                                        | VERNEUIL.      |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                        | LE FORT.       |
|                                                                        | DUPLAY.        |
|                                                                        | LE DENTU.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                    | GUYON.         |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                                    | PANAS.         |
| Cliniques d'accouchements . . . . .                                    | TARNIER.       |
|                                                                        | PINARD.        |

## Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

## Agrégés en exercice

|             |                |               |                |
|-------------|----------------|---------------|----------------|
| MM. BALLET  | MM. FAUCONNIER | MM. NÉLATON   | MM. RIBEMONT   |
| BAR         | GILBERT        | NETTER        | DESSAIGNES     |
| BLANCHARD   | GLEYS          | POIRIER, chef | RICARD         |
| BRISAUD     | HANOT          | des travaux   | ROBIN (Albert) |
| BRUN        | HUTINEL        | anatomiques   | SCHWARTZ       |
| CAMPENON    | JALAGUIER      | POUCHET       | SEGOND         |
| CHANTEMESSE | KIRMISSON      | QUENU         | TUFFIER        |
| CHAUFFARD   | LETULLE        | QUINQUAUD     | VILLEJEAN      |
| DÉJERINE    | MARIE          | RETTNER       | WEISS          |
|             | MAYGRIER       | REYNIER       |                |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS



A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ LIBRE  
DE LILLE

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON AMI LE DOCTEUR BOISLEUX



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TARNIER

Professeur d'accouchement  
Chirurgien en chef de la Clinique d'accouchement et de gynécologie  
de Paris  
Membre de l'Académie de médecine  
Commandeur de la Légion d'honneur



DE

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

**Répétée chez la même mère**

---

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

---

Le sujet que j'aborde a nécessité de nombreuses recherches et des traductions qui ont demandé beaucoup de temps : pour deux observations, je n'ai pu retrouver les documents, quoique connaissant les faits : c'est que les cas de grossesse extra-utérine répétée chez la même femme sont très rares dans la littérature médicale ancienne, quoique, comme Ols-hausen, je sois persuadé qu'avec une connaissance plus éclairée de la grossesse ectopique, les faits se multiplieront dans la littérature moderne.

Je vais reproduire *exactement* et par ordre de dates, les observations rapportées par les auteurs américains, allemands anglais et français et, basé sur les connaissances de ces auteurs, je parlerai du diagnostic et du traitement de la grossesse extra-utérine : j'estime qu'il est indispensable de mettre en lumière la question du diagnostic clinique parce

que de là dépend souvent l'intervention hâtive qui aurait pu sauver la vie à bien des femmes.

Que de « ruptures d'anévrysmes », que d'« hémorrhagies internes », que d'hématocèles (ainsi les cas, cités par Veit, des ouvrages de Bernutz et Jousset), où l'on a fait *post-mortem* le diagnostic de grossesse extra-utérine !

#### OBSERVATION I

Puech. *Gaz. obstét.*, 1879, n° 21.

Les grossesses extra-utérines sont susceptibles de répétition ; seulement, à raison de la rareté plus grande du phénomène et de la mortalité considérable qu'il entraîne (au moins 60 pour 100), les exemples qui y ont trait sont excessivement clairsemés. Il va sans dire que je n'en ai pas observé le moindre cas ; aussi, pour compléter mes recherches antérieures sur la répétition des grossesses gémellaires, j'ai dû puiser les éléments de cet article dans les annales de la littérature médicale.

« A s'en référer à mes recherches, Albucasis serait le premier auteur qui en aurait recueilli un exemple. Ce médecin arabe, qui vivait au *xiii<sup>e</sup>* siècle, parle du moins d'une femme qui croyait avoir fait une fausse couche, lorsqu'elle devint enceinte de nouveau. Cette conception ne donna pas plus que la première, naissance à un enfant, mais quelques mois après le terme, il se forma au nombril une tumeur qui, ayant abcédé, chassa du pus et des os. Cet événement surprit au plus haut point Albucasis, mais en y réfléchissant, il arriva à conclure que c'était là les os du fœtus qui avaient été retenus dans la matrice. A la suite d'éliminations successives la femme finit par guérir, mais elle conserva une fistule par où s'écoulait une humeur lymphatique.

Ce récit, quelque bref qu'il soit, est significatif, et le caractère

ectopique des grossesses successives ressort de l'élimination des os fœtaux par l'abcès ombilical. Sans doute, cette terminaison a été quelquefois observée à la suite d'une grossesse utérine enkystée, mais dans cette hypothèse, la présence du premier fœtus eût été un obstacle absolu à la conception du second.

La seconde observation, au point de vue chronologique, est encore plus digne d'intérêt, car elle est, sauf erreur, le premier cas dans lequel la gastrotomie ait été appliquée. C'est, à ce titre, un document historique d'une très grande importance, mais, vu son étendue, j'ai dû traduire en l'écourtant la relation d'Etienne Maniald, tout en regrettant de n'avoir pas les coudées plus franches, car par sa précision et son caractère scientifique, elle fait le plus grand honneur au médecin de Bordeaux.

Une femme de trente ans, ayant eu sept couches, dont la dernière double, devint grosse en mars 1591. Tout marche bien d'abord, mais à terme, faux travail amenant la mort du fœtus. Revenue à la santé, elle voit les règles se rétablir et devient enceinte en mai 1594. Cette neuvième grossesse eut le sort de la précédente; au huitième mois, elle fut prise des maux et n'accoucha pas davantage. Abandonnée à elle-même, elle est sur le point de périr lorsqu'à la suite d'un abcès abdominal qui perce en juin 1595, il survient une accalmie. Le 2 août suivant, il sort au milieu du pus un os, et comme cette femme sait qu'il n'y a point d'os dans cette région, elle appelle à son secours le chirurgien du lieu (*gradinianum prope Burdigalum*). L'intervention de celui-ci se borna à introduire un stylet dans la cavité de l'abcès, mais un habile accoucheur dont il réclama le concours se montra à la hauteur des circonstances. Jacques Noier ne se contenta pas de porter un diagnostic exact, mais à l'imitation de Mathias Cornax, de René Thionneau (histoire étrange d'une femme qui a porté un enfant vingt-trois mois et qui enfin a été tiré os à os. Tours, 1580, in-8°), il élargit l'ouverture par une incision et à l'aide de

pincées, il retire os à os le fœtus tout entier. Restait la tumeur gauche renfermant le produit de la dernière conception, mais à raison de la pâleur et de la faiblesse de l'opérée, il en remet à plus tard l'ouverture.

C'est le 16 août que l'auteur de cette remarquable relation voit la malade, et c'est le 20 et en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de Bordeaux nominativement désignés qu'est pratiquée la gastrotomie. L'incision est faite sur la partie proéminente de la tumeur à l'endroit correspondant à la tête, puis le fœtus est extrait membre par membre et la plaie résultant de l'incision est réunie par cinq points de suture. Contre toute espérance, cette seconde opération réussit et l'opérée fut rendue à sa santé première.

Ainsi donc première grossesse abdominale à droite, puis trois ans plus tard, nouvelle grossesse de même nature à gauche, tel est, au point de vue qui nous occupe, le résumé de ce cas vraiment curieux. Quant au traitement adopté, il est des plus rationnels et aujourd'hui, après trois siècles, nous ne pouvons faire autre chose que de recommander cette ligne de conduite.

Les autres faits dont il reste à parler nous arrêteront moins pour deux raisons : la première, c'est que, pour les narrer par le menu, il faudrait sortir des limites que nous nous sommes posées ; la seconde, c'est que leurs relations offrent un moindre intérêt. Il est en effet digne de remarque que l'opération n'a pas été répétée dans des conditions analogues : j'ai eu beau en relever 75 spécimens, je n'en ai pas trouvé un seul dans lequel la gastrotomie ait été motivée par la répétition de la grossesse extra-utérine. Partant, on ne sera point surpris si, au lieu de les relater, je fais une brève énumération des cas appartenant à cette catégorie.

Gabriel King, médecin à Armagh (Irlande), a vu chez la même femme deux grossesses extra-utérines se succéder à trois ans

d'intervalle. Le premier fœtus fut tiré par une ouverture faite au bas-ventre, le second fut expulsé par la voie des selles.

Une femme devenue à 42 ans enceinte pour la treizième fois, éprouva à terme les douleurs, mais n'accoucha point. Nonobstant, elle se rétablit, mais garda un gros ventre. Dix-huit mois plus tard, elle eut, avec les maux de l'enfantement, une perte qui dura plusieurs jours. A sa mort, survenue à 75 ans, on trouva dans la cavité péritonéale deux tumeurs. La plus considérable, pesant cinq livres et demie et en partie ossifiée, contenait un enfant mâle, à terme, ayant un cordon et un placenta. La plus petite, placée sur la partie gauche de l'utérus, de la grosseur d'un œuf de poule, renfermait un fœtus « qu'on jugea d'environ deux mois; il n'en restait que les os et on ne put méconnaître dans ce second fœtus la cause des douleurs et de la perte qui étaient survenues dix-huit mois après les premières » (Varnier et Mangin, *Journal de médecine*, 1785) (Voir plus loin).

A moins de mettre en suspicion la valeur scientifique de cette autopsie, on est forcé d'admettre la légitimité de cette interprétation. En effet, si, comme dans les cas de Camerarius, de Lochpichler, de Davies, de Smith, etc., etc., les deux grossesses avaient été simultanées dans leur production, l'un et l'autre kyste fœtal serait parvenu à un degré de développement identique. Cette particularité est du moins la règle en pareille occurrence et, partant, son absence autorise conséquemment à voir dans le fait de Varnier et Mangin un nouvel exemple de grossesse répétée et où la seconde a été séparée de la première par un intervalle de dix-huit mois.

Mais, venons à des temps plus proches et examinons sans autre transition les faits publiés au XIX<sup>e</sup> siècle.

Une jeune femme, mariée à un instituteur, fut, peu de temps après son mariage, renversée par terre par une femme du peuple. A la suite de cette émotion, le ventre se développa et la

femme se crut enceinte. Parvenue au terme présumé de la grossesse, les phénomènes qui précèdent et accompagnent l'accouchement se montrèrent sans résultat ; ils cessèrent au bout de quelque temps, et cette femme, désappointée, conserva le ventre dans tout son développement. Quelques mois plus tard, il y eut des accidents péritonitiques qui provoquèrent une réunion de sept à huit médecins ; enfin, à quelque temps de là, à la suite de douleurs atroces et de ténésme anal, extraction d'un os fœtal engagé dans le sphincter de l'anus. A la suite, soulagement, mais expulsion successive (1829) des os qui composent le squelette du fœtus à terme.

Cinq ans se passèrent en parfaite santé, lorsque dans le courant de 1834, elle eut un dérangement durant lequel elle eut une forte métrorrhagie.

A la suite, des menstrues ne se montrèrent plus, le ventre grossit et les mouvements fœtaux furent perçus. Bientôt les mouvements cessèrent et à peu de temps de là des fragments de fœtus furent rendus par le fondement. Le ventre reprit son volume ordinaire et la femme revint à la santé (Galiay, *Journal des connaissances méd.-chirurgicales*, 1837, p. 243).

Voilà donc une jeune femme qui, à cinq ans d'intervalle, a présenté deux grossesses extra-utérines et qui suivant toute probabilité a dû à cette circonstance de devenir définitivement stérile. L'intervalle paraît avoir été le même dans le cas suivant, mais la seconde grossesse s'étant terminée par la mort, a mis à même de vérifier l'état des organes. A raison de cette circonstance, il sera exposé avec détails.

Une domestique, morte en vingt-quatre heures de la rupture d'une grossesse tubaire, s'était crue enceinte quatre ou cinq ans auparavant ; elle avait soi-disant avorté, mais n'avait pas rendu d'embryon. Elle fut à cette époque si gravement malade qu'un moment on désespéra de la sauver. Six mois avant sa mort, elle

avait eu de nouveaux rapports avec l'homme qui l'avait rendue enceinte la première fois.

A l'autopsie tous les organes furent trouvés en bon état, à l'exception de l'utérus et des annexes.

L'utérus, long de 4 pouces, large de 2, à parois relativement épaisses, est tapissé par une muqueuse qui, à la vue comme au microscope, offre tous les éléments de la caduque de grossesse.

L'ovaire et la trompe gauches sont normaux dans leur position et leur structure.

La trompe droite, au contraire, part de l'utérus à 1 pouce et demi au-dessous du fond, c'est-à-dire trois quarts de pouce plus bas que sa congénère; en y comprenant le sac extra-utérin, elle a 4 pouces et demi de longueur, alors que l'autre n'a que 3 pouces.

*Sac extra-utérin.* — A 1 pouce et demi de l'utérus, la trompe droite forme un sac de 3 pouces et demi de diamètre qui, lorsqu'il était plein, avait une forme globulaire. L'épaisseur des parois formées de fibres musculaires hypertrophiées est variable : près de l'utérus, elle a presque 1 demi-pouce, tandis qu'à la partie inférieure, où s'est produite la déchirure et par où s'est échappé le fœtus, elle est réduite à l'épaisseur d'un parchemin.

Le fœtus offre les dimensions qu'il a à trois mois; il est contenu dans ses membranes propres, et la plus grande partie du placenta est sortie avec lui. Un caillot adhère au placenta; il se trouvait probablement dans le sac et a dû contribuer à augmenter sa tension.

A côté de la déchirure pend une masse, solide, irrégulière, du volume d'une grosse noix, fixée à l'extérieur du sac par des adhérences membraneuses qui forment un pédicule étroit. En l'examinant on y trouve un embryon très serré dans une enveloppe membraneuse.

Quant à l'ovaire droit, il était le double de l'autre et était fixé

au tiers moyen du sac. Il contenait un corps jaune qui avait atteint le développement correspondant à six mois de grossesse, à cela près que le centre était déjà rempli d'une substance blanche et que sa cavité semblait avoir eu des bords bien définis. Il était du reste fort pâle et très peu apparent. Il est probable qu'il avait été influencé par la mort du fœtus qui avait dû advenir quelque temps avant celle de la mère (Haydon. *Transact. obst. Soc. London*), 1863, p. 280.

L'étude minutieuse qui a été faite de cette pièce par Tyler Smith et Braxton Hicks autorise à conclure que la première grossesse eut lieu à l'extrémité frangée de la trompe de Fallope, que l'embryon mourut au second mois et ne fut pas un obstacle à la seconde grossesse survenue six mois avant la mort. Dans cette dernière grossesse, l'œuf chemina jusqu'au milieu de la trompe, s'y développa jusqu'au quatrième mois, époque à laquelle il succomba. Quant à la position et à la longueur anormales de la trompe, elles étaient dues à un état congénital. Il n'est pas probable qu'il s'agisse ici d'un utérus unicorne à corne rudimentaire, d'autant que la cavité utérine était parfaitement symétrique et que les parois avaient sur l'un et l'autre bord une égale épaisseur.

Moreau (*Des grossesses extra-utérines*, Paris, 1853, p. 110) cite, d'après Oulmont, un cas curieux de grossesse extra-utérine répétée. Une femme de 31 ans, qui n'avait eu ni fausse couche ni accouchement, succomba à l'hôpital de la Salpêtrière. A l'autopsie, on constata que la mort avait été causée par la rupture d'un kyste placé dans le pavillon de la trompe droite et contenant un fœtus de trois mois. Sur le pavillon de la trompe opposée on trouva une seconde tumeur plus petite que la précédente, mais renfermant un fœtus anencéphale qui, d'après l'examen soigné de M. Oulmont, devait être le résultat d'une conception advenue quelques années auparavant (voir plus loin l'observation).

Enfin, il convient de citer un fait de F. Brown (Saint-Louis, *Med. a. Surg. Journ.*, may 1865, p. 205), relatif à une femme qui, après plusieurs avortements, conduisit une grossesse jusqu'à terme. Elle n'en fut pas plus avancée pour cela, car le fœtus était extra-utérin. Deux ans après, elle conçut de nouveau, mais à la fin du sixième mois, il se déclara un faux travail à la suite duquel le kyste s'ouvrit à travers la paroi de l'abdomen. L'orifice fut élargi et les os furent extraits.

Ce sont là les seuls cas que je connaisse, mais je me garderai de dire que ce soient les seuls qui existent. Tout ce que je puis affirmer, c'est que les huit observations qui précèdent ont été rencontrées en dépouillant 180 cas de guérison ou de tolérance prolongée. Partant, la proportion qui en ressort (1, 22) est à peu près semblable à celle qui m'a été fournie par l'étude des grossesses gémellaires (1, 24).

En résumé, à l'instar des grossesses gémellaires et molaires, les grossesses extra-utérines sont susceptibles de se répéter chez la même femme. Cette éventualité est, il est vrai, loin d'être fatale, il est des femmes qui ont accouché normalement malgré l'existence d'un fœtus extra-utérin ; mais elle est néanmoins assez commune pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte à l'occasion. Après les faits qui viennent d'être exposés, il est évident qu'une femme guérie d'une grossesse extra-utérine est exposée dans une certaine mesure à un accident de même ordre, et il est non moins évident que le médecin soigneux de sa réputation devra prévenir les personnes intéressées de la possibilité de cette éventualité. Comme cela est déjà arrivé, il pourra voir ses conseils négligés, mais il aura du moins la conscience d'avoir rempli son devoir envers l'humanité (Puech, *Gazette obstétricale* du 5 nov. 1879, n. 21).

OBSERVATION II (Moreau).

*Thèse d'agrégation, 1853. Des grossesses extra-utérines.  
Grossesse extra-utérine double, un des fœtus bien con-  
formé, l'autre acéphale.*

Rosalie C..., 31 ans, journalière, entrée le 7 avril 1853 à la Salpêtrière chez Oulmont, n'avait jamais eu d'enfants, toujours bien réglée, dit il y a 12 jours avoir fait une fausse couche ; se croyait enceinte de 3 mois. Ses règles avaient manqué depuis janvier. Prise il y a 12 jours de douleurs hypogastriques accompagnées d'une perte de sang légère jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle a rendu des caillots et assure qu'un médecin a constaté la fausse couche. Depuis le jour où s'est déclarée la perte de sang, elle souffre de douleurs lombaires et hypogastriques ; elle se sent faible, abattue et a continuellement gardé le lit.

Visitée le 8 au matin : figure pâle ; exprimant une profonde souffrance ; ses traits sont grippés, elle répond mal, donne des renseignements confus. Pas de céphalalgie, quelques vertiges, ventre ni développé, ni tendu, ni météorisé, assez souple. La pression détermine des douleurs dans toute son étendue, mais ces douleurs ne sont vives que dans l'hypogastre, encore faut-il une pression assez forte. On ne sent ni tumeur ni dureté dans la région hypogastrique, mais dans les fosses iliaques le toucher démontre que l'utérus est volumineux, peu mobile, le col fendu et entr'ouvert. Il s'écoule par les parties sexuelles un liquide blanchâtre ; on ne trouve ni caillots ni fausses membranes.

Il y a eu quelques nausées, pas de vomissements ; pas de selles depuis hier, affaiblissement assez considérable ; la malade est abattue, pas de chaleur anormale à la peau, pouls petit, fré-

quent, 108. On prescrit 25 sangsues à l'hypogastre, des cataplasmes émollients et un lavement. Dans la journée la malade pâlit beaucoup ; eut plusieurs syncopes successives ; les extrémités se refroidissent ; elle expectore avec difficulté des crachats muqueux abondants : vers 3 heures syncopes subintrantes ; mort à 4 heures.

Autopsie 36 heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une assez grande quantité de sang liquide et en caillots, qui remplit les flancs et surtout la cavité du bassin. Le péritoine est teinté de rouge ; cette teinte disparaît par le lavage, sans trace de phlegmasie, ni injection sous-séreuse, ni fausses membranes. Après avoir débarrassé l'abdomen des caillots et du sang liquide, on découvre, en refoulant en haut le paquet intestinal, une tumeur du volume d'une petite orange située dans la fosse iliaque droite, teintée en rouge, lisse à sa partie supérieure, inégale et raboteuse à sa surface extérieure et postérieure.

En arrière, dans un point qui réunit la surface lisse à la surface inégale, on trouve une ouverture de la grandeur d'une pièce de un franc, à bords inégaux et déchirés. En écartant le bords de cette ouverture, on arrive à un corps étranger assez mobile, qu'on reconnaît facilement pour un petit fœtus. Les organes génitaux furent extraits avec soin, et on remarqua qu'il existait une espèce de kyste du volume d'un œuf à l'extrémité de la trompe gauche.

Résultat de l'examen :

Matrice manifestement plus volumineuse qu'à l'état de vacuité, elle a augmenté de largeur et d'épaisseur. La longueur est de 9 centimètres  $1/2$  ; le diamètre transversal d'une trompe à l'autre 7 centimètres. L'épaisseur des parois au niveau de l'orifice des trompes est de près de 2 centimètres, au col 1 centimètre. La substance blanchâtre ferme, crie sous le scalpel. La cavité

est lisse, blanchâtre, un peu inégale, comme tomenteuse. Dans la cavité du col jusqu'au museau de tanche on voit une masse gélatino-albumineuse blanchâtre et transparente, qui bouche complètement le col utérin. Celui-ci est volumineux, cylindrique, l'orifice fendu en travers laisse voir l'espèce de bouchon cylindrique dont j'ai parlé. Un stylet est introduit dans l'orifice des trompes, mais il est impossible de le faire pénétrer plus avant.

Au côté droit de la matrice, du côté de l'ovaire, la trompe est terminée par une tumeur arrondie, ayant 7 centimètres dans son diamètre longitudinal, 6 centimètres de diamètre transversal. Cette tumeur est formée extérieurement par une masse qui n'est autre chose que les cotylédons d'un placenta. Dans toutes les autres parties l'enveloppe de la tumeur est mince et comme fibreuse. En arrière, au point où le placenta s'unit à la partie lisse de l'enveloppe, on trouve une ouverture à travers laquelle on voit un petit fœtus, enveloppé d'une membrane transparente, qui est exactement appliquée sur son corps sans interposition de liquide. Le fœtus étant extrait on voit que cette membrane tapisse toute la cavité du kyste, à laquelle elle adhère par des filaments cellulux. Le petit fœtus a 6 centimètres de longueur, toutes ses parties sont parfaitement conformées, un cordon long et grêle l'unit au placenta.

Au côté gauche de la matrice, à 5 centimètres de l'extrémité utérine de la trompe, se trouve une autre tumeur moins volumineuse que celle du côté droit, elle est tout à fait close et ressemble à un petit œuf. Une incision pratiquée à sa surface fait jaillir un liquide transparent, et au fond de la tumeur nous trouvons un deuxième petit fœtus, reconnaissable aux extrémités inférieures très apparentes ; à un membre thoracique, celui du côté gauche ; et au cordon ombilical naissant de la partie inférieure de l'abdomen, ce deuxième fœtus était acéphale, long de

4 centimètres. Le placenta est situé au côté externe de la tumeur et réuni au fœtus par un petit filament.

Les deux tumeurs se sont développées aux dépens des trompes et de leurs pavillons.

Les ovaires n'y participent en aucune façon, ils sont placés à la partie inférieure des tumeurs. A l'extérieur, en examinant le fond de l'utérus, on voit que le grand épiploon a contracté des adhérences avec lui, ainsi qu'avec la trompe gauche: celle-ci est tiraillée et plus rapprochée de l'utérus que l'autre.

Après l'examen attentif de la pièce nous avons pensé que le petit fœtus acéphale était d'une mort déjà ancienne, car il a subi les transformations qu'on remarque dans beaucoup de ces tumeurs, qui après la mort du fœtus séjournent longtemps dans le corps de la mère sans compromettre sa santé. La rupture de l'autre kyste a été évidemment la cause de la mort et quant aux transformations du fœtus, M. Majon dit qu'en ouvrant le cadavre d'une femme de 78 ans il trouva dans la cavité abdominale une tumeur qui occupait la moitié droite du petit bassin et adhérait intimement par un tissu cellulaire épais à la vessie, au vagin et à la matrice.

La membrane qui formait l'enveloppe extérieure de cette tumeur avait un centimètre d'épaisseur, était presque cartilagineuse, elle n'avait aucune communication avec les parties adjacentes. Elle contenait un fœtus entièrement ossifié de la forme et de la grandeur d'un fœtus de 3 mois.

### OBSERVATION III

*On lit dans le Journal de médecine de 1786.*

Observation sur une double grossesse ventrale d'une femme morte à l'âge de 74 ans, envoyée par MM. Varnier et Mangin, Rocquet

médecin et chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Vitry-le-François.

Dans cette observation : on trouve une masse volumineuse flottant de la région hypogastrique, on dut se servir de la scie pour l'ouvrir, on y trouva un enfant à terme dont la main gauche et la main droite étaient ossifiées.

« L'enfant et ses enveloppes ayant été tirés du ventre de la mère on s'occupa d'observer la matrice, le vagin et les dépendances de ces parties ; les trompes, les ovaires, le vagin étaient dans l'état naturel, mais on aperçut à la partie latérale gauche du corps de la matrice un trou fistuleux absolument rond dans lequel on pouvait encore introduire l'extrémité du petit doigt. On remarque de plus qu'il y avait au-devant de ce trou, un peu en bas un corps blanc, de surface inégale et de consistance cartilagineuse. Ce corps, de la grosseur d'un œuf de poule, fut reconnu être l'enveloppe d'un fœtus qu'on jugea d'environ 2 mois; cette enveloppe était percée vis-à-vis le trou de la matrice, mais le fœtus était totalement décomposé, il n'en restait que les os. »

#### OBSERVATION IV

Winckel a aussi rapporté un cas intéressant de grossesse répétée chez la même femme. Si notre souvenir est fidèle, la seconde grossesse extra-utérine, dans son observation, s'est terminée par une suppuration du sac qui entraîna la mort de la femme.

N. B. — Nous n'avons pu nous procurer le mémoire de Winckel dans les différentes bibliothèques (Winckel, *Lehrburch d. geb.* Leipzig, 1879).

#### OBSERVATION V

Une autre et dernière observation qu'il nous a été impossible de trouver et qui relate aussi un cas de grossesse répétée est de

Siegenbeck Van Henkelom (*Weekbl. v. h. med. tydschr. voor genesk.* S. q. 1885).

#### OBSERVATION VI

*Lawson-Tait. Brit. med. Journal, mai 1888. T. I, p. 1001. Sur un cas de grossesse tubaire double avec rupture du kyste.*

Le 10 mai 1885 M<sup>me</sup> E. R..., âgée de 25 ans, m'était envoyée par M. W. P. Withcombe, Victoria Road, Aston ; en proie à des symptômes abdominaux nécessitant des soins urgents. Cette malade avait été indisposée quelque temps avant Noël : elle pensa être enceinte, elle n'était plus réglée depuis trois mois.

En avril elle eut ses règles, et de nouveau dernièrement en mai. Dans ces derniers temps, elle se plaignit de douleurs violentes dans le bas-ventre. Quand je la vis, elle paraissait extrêmement malade et anémiée. Une grosse masse mal limitée, intimement liée à l'utérus, occupait le côté droit de l'organe : toute la partie supérieure du bassin était immobilisée. Il ne fut pas difficile de diagnostiquer la rupture d'un kyste fœtal tubaire. Je fis la laparotomie le 14 mai 1885 et trouvai le ventre rempli de caillots et de sang à demi-liquide. J'enlevai la trompe droite, occupée par une grossesse d'environ trois mois et sur un point de sa surface m'apparut une légère déchirure, à travers laquelle le fœtus et le placenta étaient en partie engagés. Quelques points des organes laissant écouler du sang furent touchés au perchlorure de fer : j'introduisis dans la plaie un tube à drainage et la malade recouvra rapidement la santé. Le cas est publié dans une courte observation sur une grossesse tubaire avec rupture, dans le journal du 19 décembre 1885 (*British med. Journal*, 1885):

Environ quinze mois après cette opération, elle fut enceinte

d'un enfant qui fut accouché à terme par une sage-femme et dont l'expulsion ne présenta rien de remarquable.

Environ quinze mois après cet accouchement elle devint de nouveau enceinte, et son mari affirme que durant cette période de sa grossesse (elle croyait être enceinte d'environ 4 mois) elle ne présenta aucun symptôme notable, sinon qu'elle se plaignait de temps en temps de légères douleurs dans l'abdomen, mais ces douleurs n'étaient pas assez intenses pour qu'on eût recours à un médecin. Le seul point sur lequel elle *insistât fut qu'elle sentait l'enfant très nettement, bien plus, disait-elle, "que dans aucune de ses grossesses antérieures.*

M. Withcombe fut appelé auprès d'elle dans la matinée du 9 mars; mais comme il était absent, la malade fut examinée par son aide un peu avant 1 heure. Elle était couchée tout habillée sur le lit les genoux repliés sur le ventre se plaignant d'une violente douleur dans l'hypogastre. Elle était extrêmement pâle et presque sans pouls, et avait quelques vomissements. M. Hall apprit que pas plus tard qu'une demi-heure auparavant elle venait de nettoyer sa salle à manger et qu'en se baissant elle fut saisie d'une douleur aiguë et ressentit une grande faiblesse. On lui donna des stimulants, mais tous les efforts qu'on fit pour la remettre restèrent inutiles, et la malade mourut un peu après 5 heures, évidemment d'hémorrhagie interne.

M. Withcombe fit son autopsie et fut assez aimable pour me donner les détails suivants :

Le fond de la cavité abdominale était rempli de caillots et de sang liquide; un large caillot était adhérent à une partie du placenta qui faisait saillie à travers la paroi utérine, et quand il enleva ce caillot, il constata qu'une grande partie du tissu villeux du placenta lui adhérait. Tous les organes étaient très anémiés et il n'y avait aucun doute que l'hémorrhagie ne fût la cause de la mort. M. Withcombe fut assez bon pour m'apporter la prépara-

tion, et assisté par mon aide M. Teichelmann, il me fut possible de faire le rapport suivant de ce qui m'apparut.

Il ne peut y avoir aucun doute : la pièce représente une grossesse tubaire interstitielle du côté gauche. La cavité qui renferme le fœtus est séparée de la véritable cavité utérine par une épaisse cloison de tissu utérin partant de chaque côté de la paroi utérine. La surface intra-utérine de cette cloison et le reste de la cavité utérine sont doublées par la muqueuse hypertrophiée (DÉCIDUALE). Le pédicule de la trompe de Fallope droite est appendu à ce qui paraît être l'angle inférieur de l'utérus, mais qui est en réalité l'angle supérieur très déplacé. Ce déplacement n'est cependant qu'apparent et provient de l'énorme développement de la corne gauche de l'utérus. Une fine sonde peut être passée de la vraie cavité utérine dans cette trompe. La trompe gauche, au contraire, communiquait avec la cavité qui contenait le fœtus et le placenta, et la rupture s'était faite sur la partie supérieure et postérieure de la corne gauche de l'utérus.

Dans ce cas nous avons l'exemple extrêmement étrange d'une femme ayant eu une grossesse tubaire deux fois, avec ce fait encore plus étrange d'une grossesse normale entre ces deux grossesses anormales : de la première elle fut sauvée par une prompte intervention chirurgicale, et elle eût pu être encore sauvée la seconde fois, mais il ne peut y avoir aucun doute que l'arrêt fatal de la pauvre femme n'eût été confirmé avant que l'art médical ne lui eût porté secours, et il n'était plus temps alors d'intervenir utilement. Toutes les apparences de la préparation concordent sur ce fait, que l'affirmation de cette femme sur la date probable de sa grossesse était exacte, et nous pouvons par conséquent établir que dans la forme interstitielle de la grossesse tubaire, comme nous pouvions nous y attendre, la période de temps qui s'écoule jusqu'à la rupture primaire (*primary rupture*) est plus longue que dans les cas où la grossesse occupe la partie libre de la trompe.

En résumé, nous n'avons pas d'exemple de cas allant au delà de la douzième ou treizième semaine avant la rupture primaire. On peut remarquer que j'introduis ici un nouveau terme, en me servant des mots « rupture primaire ». J'agis ainsi car je suis convaincu qu'à moins de faire une telle distinction nous continuerons encore à entretenir les éléments de confusion qui existent concernant cet intéressant déplacement. Il est parfaitement clair que dans tous les cas de grossesse tubaire, quand l'œuf grossit le tube doit éclater ; et qu'il éclate dans deux directions : ou dans la cavité péritonéale, ou dans la cavité du ligament large. Dans la partie libre de la trompe, cette rupture a lieu comme je l'ai dit, vers la douzième ou treizième semaine. Dans la forme interstitielle, le cas présent nous montre que la rupture peut être différée à une date plus éloignée. La rupture primaire dans la cavité péritonéale semble être presque fatale et à la mère et à l'enfant, mais quand la rupture se fait dans l'intérieur du ligament large elle peut n'interrompre en rien le développement de l'enfant et c'est dans ces cas que l'enfant peut atteindre à l'époque de la viabilité.

Dans un récent numéro du *N. York méd. Record*, le Dr Talf rapporte un cas de grossesse tubaire n'ayant donné lieu à aucune rupture ; mais la description qu'il en donne prouve certainement qu'il avait eu affaire à un cas dans lequel la rupture primaire s'était faite dans la cavité du ligament large.

Dans ce groupe de cas une « rupture secondaire » est possible à une période quelconque ; voilà pourquoi l'adoption de ces termes pour désigner exactement les dates relatives des ruptures sera très utile. Cette rupture secondaire était clairement démontrée dans un cas célèbre que m'a fourni Bernutz, cas du plus grand intérêt précisément à cause de l'intervention d'une rupture secondaire (voir mes *Ingleby Lectures*, 1887). Cette rupture secondaire explique aussi probablement le cas de Jessop, survenu dans des

circonstances analogues. Dans le cas que je discute maintenant, il y a beaucoup de points importants qui méritent d'être relevés, quelques-uns sont nouveaux et les autres quoique tout à fait courants, sont dignes d'être notés à raison de la confusion qui semble exister à ce sujet dans l'esprit des plus récents auteurs.

La malade était une femme intelligente pour sa classe, qui, ayant subi la terrible expérience de se soumettre à sa première opération, eut ainsi une connaissance parfaite de la nature de l'accident et de ses résultats. Cependant avec cette terrible expérience, et quand elle se retrouva dans les mêmes conditions, elle souffrait si peu que jusqu'au moment de la rupture, se sachant enceinte, elle ne pensa pas un instant à appeler l'aide d'un médecin, et il en fut de même pour sa première grossesse tubaire.

Il n'y eut aucun symptôme qui attirât l'attention sur son état jusqu'au moment de la rupture, il n'y avait encore aucun signe pouvant nécessiter un examen.

La chose la plus étrange de toutes pour moi dans l'énorme expérience que j'ai au sujet des grossesses tubaires c'est que je n'aie jamais été appelé à voir une malade, si ce n'est une seule fois, avant que la rupture ne soit survenue ; dans ces cas, ce n'étaient ni l'histoire ni les symptômes qui pouvaient me faire affirmer qu'il s'agissait de grossesses tubaires, jamais en vérité, jusqu'à la rupture du kyste et l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic ne fut possible. Dans de telles circonstances, je pense pouvoir être excusé si je garde une attitude légèrement sceptique à l'égard de l'exactitude du diagnostic de certains auteurs qui disent pouvoir établir le diagnostic certain de grossesse extra-utérine avant l'époque de la rupture. Ces mêmes auteurs proposent aussi de traiter ces cas par une ponction, ou simple, ou médicamenteuse, ou électrolytique.

La grande masse des opinions émises dans cette direction d'i-

dées, peuvent très bien prendre place dans les « discussions de société » ou « sur le papier », mais ne peuvent avoir la valeur de l'expérience clinique; sur ces points on m'a mal interprété et je suis heureux d'avoir une occasion d'établir nettement mes vues; mais je désire bien établir ce point qu'après la période de rupture, un diagnostic exact peut, comme ma propre expérience me l'a prouvé, intervenir dans la majorité des cas.

Un autre point à relever dans ce cas intéressant, c'est ce fait, mis en évidence par la préparation qu'en dehors de ce qu'ont pu être les symptômes antérieurs à la rupture, le toucher combiné au palper ne pouvait permettre d'autre diagnostic que celui d'une grossesse utérine de 4 mois  $1/2$  environ.

Voilà ma seule expérience de grossesse tubaire interstitielle, mais elle ressemble tellement strictement à un grand nombre de cas que j'ai vu au muséum, que je la crois absolument typique dans son genre. Je suis toutefois disposé à penser que par le toucher combiné le diagnostic de grossesse interstitielle ne peut être fait et ne puis imaginer aucun symptôme pouvant nous faire espérer la reconnaître avant la rupture.

Si nous en sommes à croire que dans un tel cas, le diagnostic est possible, le champ reste ouvert à des spéculations aussi ingénieuses que nombreuses pour l'application d'un traitement.

Si on pouvait estimer exactement les rapports de différentes parties entre elles ce que nous aurions à faire serait évidemment de dilater le col, de diviser la cloison et de vider la cavité de la corne. Il n'eût été d'aucune utilité pour la malade de chercher à tuer l'enfant.

Le placenta eût été en augmentant de volume, et, en fût-il autrement, des matières putrescibles eussent été laissées, qui devaient crever dans la cavité péritonéale au moment de la rupture; si l'assistance chirurgicale avait pu secourir la femme assez promptement, elle eût pu être sauvée par une hystérectomie, et,

d'après l'autopsie, il n'y avait aucun doute qu'elle neût été aisément faite.

#### OBSERVATION VII

*Kletsch. American Journ. of obstet., 1888, p. 521  
et discussion.*

M<sup>me</sup> L. B..., entrée à l'hôpital des femmes en juillet 1884, était dans le service du D<sup>r</sup> Thomas qui l'opéra d'une grossesse extra-utérine. Il enleva le fœtus mort, et laissa le placenta dans la cavité abdominale, d'où il tomba graduellement et fut éliminé par le drainage. La malade eut une guérison complète et ininterrompue.

Elle était très bien après l'opération. Les quatre premiers mois elle n'eut aucune menstrue, mais dans la suite elles furent régulières, d'une durée de 5 à 6 jours, abondantes, accompagnées de douleurs térébrantes le premier jour. La santé générale est très bonne.

La malade vint pour la première fois dans mon cabinet le 15 octobre 1887. Dernières règles le 30 août, elle ne perdit qu'un jour, très peu, et sans douleur. Elle se plaint, pendant les deux dernières semaines d'avoir eu des nausées, mal aux reins, et trouve que la partie inférieure de son ventre est plus large qu'auparavant.

*Examen.* — L'utérus est mobile, large, penché à gauche; aucune douleur autour de lui.

20 octobre. — Elle éprouva dans le côté droit quelques douleurs continues, comme si elle était en travail, pendant environ deux heures, suivies d'une perte légère de sang, avec douleurs térébrantes.

22 octobre. — Elle eut soudain une douleur extrême dans le

côté droit, suivie d'une prostration générale, de sueurs froides, vomissements et rétention d'urine avec ténésme et de sensibilité extrême de tout l'abdomen.

Le jour suivant, la malade eut de légers retours des douleurs, spécialement dans le côté droit, et suivis de faiblesse et de prostration générale. Du sang s'écoule de l'utérus.

27 octobre. — L'examen montre une masse distincte attachée à l'utérus (côté droit), elle est très rénitente (*tender*); l'utérus est repoussé du côté gauche, augmenté de volume, le col est mou.

Sans cause aucune, elle eut une douleur extrême dans le bas-ventre, du côté droit; suivie de sueur froide, pouls faible, ténésme vésical et rectal. Légère décharge de sang grumeleux, occasionnant quelques contractions douloureuses.

Le Dr Coë vit la malade le 29 et convint avec moi qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Elle était guérie peu à peu des symptômes des deux derniers jours. Il trouva aussi l'utérus refoulé à gauche et élargi, il y avait une masse située à sa droite, ayant le volume d'une petite orange, molle et rénitente.

Le Dr Hunter la vit le 31 octobre, trouva la même chose et conseilla les courants faradiques.

La malade se plaint de courtes attaques récurrentes de douleurs dans le côté droit, durant environ une heure, aiguës et lancinantes. Pendant ces quelques jours, elles revinrent environ deux fois par jour.

1<sup>er</sup> novembre — Première application du courant faradique, un pôle sur l'abdomen, un contre le col, durée 10 minutes.

2 novembre. — *Idem*.

3 novembre. — *Idem*, toujours suivi d'un bon effet. Elle n'avait eu aucune attaque de ses douleurs périodiques depuis l'application de l'électricité. Pouls 86. Température 99° (Fahrenheit) (dans la bouche). Conditions générales bonnes.

4 novembre. — Se plaint pour la première fois d'une douleur

extrêmement intense dans le côté droit avec irradiation le long de la jambe droite jusqu'au genou. Température 8 P. M. 100 2/5 F. Pouls 108, faible, de légères décharges de l'utérus, à odeur aigre et mauvaise.

7 novembre. — La température depuis cette date varie entre 100 et 101 F. Pouls 100 à 102. La douleur du côté continue ainsi que la mauvaise odeur de l'écoulement utérin.

L'examen montre l'utérus mobile, large, peu net, sensible à la pression; à son côté droit on sent une masse molle contre le bord inférieur de laquelle on perçoit distinctement des pulsations artérielles. Elle se plaint de sueurs froides, de céphalalgie, sensation de faiblesse; la langue est chargée.

Le 8 novembre. — Le Dr Hunter l'examina et trouva que les conditions n'ont pas changé, il pensa qu'elle était sous l'influence de troubles septiques. Il fut d'avis d'attendre avant de faire la laparotomie.

9 novembre. — Décharge de sang, libre et profuse, avec coliques utérines.

Le Dr Coë fit un autre examen de la malade et pensa que la grossesse tubaire était entourée par du sang infiltré ou un caillot lentement échappé de la trompe rompue. Il fut d'avis de temporiser, tout en étant prêt à intervenir promptement en cas de symptômes d'urgence.

Du 10 novembre au 17 inclus. — La température oscilla entre 100° 5 et 103, 5.

Le pouls s'éleva jusqu'à 140 par minute. Elle avait eu de la sensibilité de l'abdomen, de la tympanite. Dysurie, lipothymies, et une douleur violente et continue dans le côté droit avec des temps en temps des douleurs lancinantes du côté du rectum.

26 novembre. — Le Dr Hunter trouva une masse distincte dans le côté gauche, probablement les restes de l'hématocèle, et une autre masse s'étendant de la corne droite de l'utérus au côté

droit de l'abdomen, représentant la grossesse tubaire. Il y a encore une élévation vespérale de la température et le pouls monte par moment à 120.

1<sup>er</sup> décembre. — Les symptômes commencent à s'améliorer, température normale le matin, avec légère élévation le soir. Il y a encore une douleur sérieuse dans l'aîne droite.

L'examen montre les masses dans les mêmes conditions, mais plus contractées.

Le dernier examen fut fait le 3 mars 1888, l'utérus est encore légèrement augmenté, absolument déplacé vers la gauche, un cordon semblable à une corde s'étend de la corne droite utérine au côté droit.

M. Léan cite les cas de deux femmes traitées par l'électricité, une par le courant faradique, l'autre par les courants galvaniques, la tumeur, diminue graduellement : chez l'une d'elles on avait précédemment un placenta *prævia*. Il semble que certaines femmes aient une tendance à une ectopie de l'œuf.

Kletsch appelle l'attention sur ce point que la première femme était enceinte seulement pour la première fois après 7 ans de mariage ; et alors seulement après dilatation, ici aussi il y avait tendance à l'implantation anormale.

Dudley dit que le premier cas (celui de l'hôpital des femmes) avait été confié aux soins du Dr Thomas, et la femme refusait le traitement chirurgical. Un point intéressant était que l'uretère était adhérent au kyste (*ureter attached to the specimen*). Il est rare qu'un malade recouvre la santé après une grossesse extra-utérine quand l'hémorrhagie est survenue. De laparotomie après rupture, deux cas heureux seulement ont été rapportés dans les Etats-Unis.

Dr Janvrin. Le premier cas rapporté ce soir confirme plutôt l'idée qu'il a risqué d'exprimer depuis plusieurs années concer-

nant le mécanisme de la rupture. Dans un cas rapporté il y a deux ans, il y avait une hémorrhagie causée par une large artère qui traversait la partie antérieure du sac, on sentait nettement les pulsations; une hémorrhagie légère eut lieu, il surveilla sa malade plusieurs jours, puis usa du galvanisme et tua le fœtus; mais le deuxième jour après, la malade eut une hémorrhagie secondaire et mourut avant qu'aucun médecin ne pût la secourir. Il rappelle un cas présenté l'année d'avant par M. Mundé, où une rupture partielle de la poche eut lieu et la malade mourut d'hémorrhagie progressive avant qu'on se fût décidé à lui ouvrir le ventre. L'exemple de Kletsch prouve que *l'écoulement est progressif*. Le premier écoulement survint à la suite de la distension de la poche; graduellement; à mesure qu'elle devint encore plus grande, la déchirure augmenta et le fœtus mourut environ 5 mois avant l'opération, comprimé par le caillot.

L'opération était indiquée et était la seule ressource; on n'eût pas mieux fait que ce que fit Kletsch.

Quant au deuxième cas le diagnostic était bien posé vers le huitième ou neuvième mois, de par l'histoire de la maladie: augmentation de volume de la trompe, et extrême rénitence de la tumeur, qui sont une des caractéristiques de cette affection.

La question qui se pose est celle-ci: le diagnostic étant posé comme il l'était ici, lequel est-il préférable: l'électrolyse ou la laparotomie.

Aux Etats-Unis, comme l'a dit Dudley, deux cas seulement de la laparotomie heureuse après rupture. Le troisième succès dans l'Amérique du Nord appartient au Canada. Tait proclame qu'il a opéré 36 cas en trois ans et demi. Dans chacun de ses cas (dont les observations sont plutôt imparfaites) aucun fœtus ne fut trouvé. Il y avait hématocele avec déchirure de la trompe.

En Allemagne, d'après le Dr Martin, il est courant depuis plusieurs années que dans tous les cas où le diagnostic est établi par

la présence d'une hémorrhagie, il faut opérer, et les résultats sont bons.

La laparotomie pour un cas bien net de grossesse extra-utérine est formellement indiquée. Naturellement quelques cas exceptionnels peuvent guérir sans elle. Et comme dans le cas de Klesch le caillot peut par ses progrès oblitérer l'hémorrhagie, et la femme peut vivre. Là où l'hémorrhagie fait craindre pour la vie de la malade il faut suivre l'exemple de Tait, de Martin, ouvrir le ventre, curer la cavité, etc. Quant à ce point que j'ai avancé moi-même, à savoir l'impossibilité du diagnostic avant la rupture, avant même une hémorrhagie des vaisseaux superficiels du sac : est-il convenable de faire à ce moment la laparotomie comme si le diagnostic de la rupture était porté ? Je pense que oui. Quoique dans l'usage de l'électricité le fœtus soit tué, la masse reste toujours.

Un certain nombre d'exemples ont été réunis par Harris où il y a eu une grande quantité de troubles subséquents. Si le diagnostic peut être fait par une attaque un peu sérieuse des douleurs et des coliques, lesquelles douleurs indiquent une légère hémorrhagie, et la rupture de quelques vaisseaux dans le péritoine qui recouvre le sac (et ceci peut arriver plusieurs fois à partir de la sixième ou de la dixième semaine de la gestation), si avant que la déchirure complète du sac ait pu se faire, avec des hémorrhagies profuses ; nous pouvons déduire des symptômes rationnels et des conditions physiques un diagnostic absolu nous sommes en droit de pratiquer la laparotomie à ce moment.

Si on ne l'a pas encore fait cela n'est pas une raison pour qu'on ne le fasse pas ; si nous avons confiance dans notre diagnostic, ouvrons le sac avant sa rupture, comme nous le faisons pour le pyo-salpinx. Si on était sûr qu'il existât une grossesse tubaire quelque part, à partir de la sixième ou de la dixième semaine, il

faudrait encore avoir recours à la laparotomie plutôt qu'à aucune sorte d'électricité.

Murray demande si la douleur avait été accusée dans la fosse iliaque ou à une corne de l'utérus dans les cas de Klesch ; de plus si une grossesse extra-utérine pourrait se développer sans aucun symptôme et comment la différencier de l'hématocèle.

Janvrin. — La plupart des cas ne sont reconnus qu'après rupture.

Dans tous les cas de Tait l'opération eut lieu après la rupture.

Janvrin en a vu 8 ou 9 dont 2 eurent des résultats mortels, dans toutes il était évident qu'il y avait quelque chose d'anormal pendant la grossesse : hémorrhagie, masse au voisinage de l'utérus, etc. (*Was something Wrang about the pregnancy*).

#### OBSERVATION VIII

*Vergandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie in Berlin, 10 mai 1889, in Zeitschrift f. geb. u. gyn., Bd XVII, p. 335.*

M. Veit Julius de Berlin présente à la Société une pièce anatomique. C'est une trompe renfermant un caillot. Il s'agirait d'après lui d'une grossesse tubaire chez une femme qu'il a opérée en janvier 1888 pour une grossesse extra-utérine, de l'autre côté ; il dit que parmi 12 femmes opérées par lui pour des grossesses tubaires, 3 fois il a observé une répétition de grossesses tubaires. Dans deux cas les grossesses tubaires se terminèrent par des hématocèles. La dernière il a dû l'opérer à cause des douleurs.

C'est de cette dernière femme dont il présente les pièces. J'ai vu, dit-il, une grossesse utérine normale se produire chez une femme guérie d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine, de telle sorte que les femmes opérées de grossesses utérines ne doivent pas être considérées comme stériles.

OBSERVATION IX

*Olshausen, Deutsch medic. Wochenschrift n. 8, p. 147 T. I.*

*De la grossesse extra-utérine avec considérations spéciales sur son traitement dans la seconde moitié de la grossesse.*

Le cas de grossesse ectopique répétée chez la même femme est remarquable, mais les observations en sont peu nombreuses. Pour mon compte, j'en ai vu plusieurs où le doute n'était guère possible : ces cas, où la rupture survint dans les premiers mois, ne sont probants que pour l'observateur.

Dernièrement, j'ai fait deux laparotomies sur une femme, la première pour une grossesse extra-utérine droite à terme; la seconde pour une grossesse tubaire gauche après rupture. J'ai cité un autre cas plus loin n° VII.

N° VII. Grossesse extra-utérine. Ruptures des enveloppes au dixième mois.

*Pas de collapsus. Laparotomie 3 semaines après la rupture, 18 jours avant terme; enfant vivant. Extraction de l'enfant par les bras. Extirpation du placenta; on ne retrouve plus les membranes, guérison. L'enfant est encore vivant. Un an plus tard deuxième laparotomie après l'hémorrhagie grave survenue par la rupture d'une grossesse tubaire gauche. Deuxième mois guérison.*

Madame W..., 30 ans, accouchée spontanément en septembre 1881 d'une grossesse normale, eut de nouveau ses règles en 1888, puis fut encore enceinte. Au milieu de juillet perception des mouvements de l'enfant. Le 15 avril, elle avait eu une forte métrorrhagie pendant 8 jours, suivie le 18 de l'expulsion d'une membrane bilobée grosse comme une paume de main; le 7 mai elle eut un accès de fièvre avec douleurs excessives dans l'abdomen,

douleurs qui à partir de ce moment ne cessèrent plus. Le 10 octobre la douleur devint si violente que la malade dut garder le lit.

En entrant à la clinique le 19 octobre 1888 la malade a une température de 38°,4.

L'abdomen distendu présentait la forme qu'il affecte dans l'ascite. La palpation ne permettait de délimiter en aucune façon les bords de l'œuf, mais on sentait les parties fœtales, on percevait des mouvements actifs, et à l'auscultation on entendait les battements du cœur fœtal. L'extrême sensibilité de l'abdomen surtout à la région hypogastrique gauche, rendait l'exploration difficile. On pouvait sentir l'utérus dans le bassin, mais presque pas augmenté de volume.

La malade avait de la fièvre et éprouvait des douleurs violentes : on lui fit la laparotomie le 1<sup>er</sup> novembre 1888, c'est-à-dire 2 ou 3 semaines avant le terme normal de sa grossesse.

*Opération* : L'incision fut faite sur la ligne blanche. Dans la partie supérieure de la plaie, on trouva une masse gris-brunâtre, qu'on crut être le kyste fœtal. On reconnut bientôt qu'il s'agissait là d'un ancien caillot transformé, qui fut écarté avec les doigts. Derrière se trouvait l'intestin, d'aspect normal, sans adhérences. Parmi les anses se trouvait gros comme le poing de caillots frais qu'on enleva. De kyste fœtal, de membranes, nulle trace. En pénétrant plus profondément avec la main dans l'abdomen, j'arrivai sur le fœtus, libre au milieu des anses intestinales : ni liquide amniotique ni méconium.

Je constate que le placenta s'insérait sur le ligament large droit, un bord regardant en haut, l'autre vers le bassin : la surface fœtale tournée vers le sacrum de la mère. D'enveloppes je ne trouvai que quelques lambeaux, leur extrémité libre flottant au milieu des anses intestinales, sauf un tiers de leur périphérie, qui adhérait au ligament large.

*Ce dernier coiffait si exactement le bord supérieur du placenta que deux ligatures en masse suffirent pour enlever ce dernier ainsi que la partie du ligament large qui le recouvrait ; on voyait que la plupart des vaisseaux qui alimentaient le placenta venaient des « vaisseaux spermatiques » (*vasa spermatica*), qui en grand nombre et volumineux arrivaient derrière le placenta à la surface du ligament large dans le bassin.*

Breisky a fait la même observation dans sa laparotomie avec enfant vivant. Dans son cas le kyste fœtal était intraligamentaire : les « vaisseaux spermatiques » étaient très développés.

Après l'ablation du placenta, l'utérus ne conserva plus guère de ligament large droit, l'ovaire droit n'était pas accessible à la vue. Les annexes du côté gauche étaient en place et parfaitement sains.

En cherchant les enveloppes et le reste du kyste fœtal on ne trouvait rien d'abord. Comme la tête était située dans le bassin vers la cavité de Douglas, je relevai le cul-de-sac large et profond et y trouvai en effet large comme la main de membranes correspondant à peu près au quart de la totalité des enveloppes, on en trouva de plus quelques débris pendant la toilette de la cavité abdominale ; la plaie fut complètement suturée.

L'enfant (une fille), après quelques moments de suffocation, put respirer sans intervention ; elle était parfaitement viable. Elle pesait 5 livres ; l'année d'après elle pesait 6910 grammes.

Les suites de l'opération furent bonnes d'abord. Vers le huitième jour la malade eut de la fièvre qui s'éleva jusqu'à 39°,2. La cause en était dans un abcès dont le pus se fit jour à travers un point de suture. La malade quitta la clinique 5 semaines après sa couche avec une fistule au ventre, trois semaines après, ayant dilaté la fistule avec des tiges de laminaire ; quatre points de sutures ayant été enlevés, la malade guérit.

Le 17 novembre, c'est-à-dire 1 an et 18 jours après la laparoto-

mie, on l'apporta à la clinique avec les symptômes d'une *anémie aiguë*.

Elle avait eu ses dernières règles le 29 septembre et était malade depuis le 16 novembre : elle était dans le collapsus.

Le pouls était très petit et mou (140 à 150 battements) ; elle était pâle et apathique. La percussion de l'abdomen faisait constater une collection liquide abondante ; comme le diagnostic n'était pas douteux, on fit à l'instant la laparotomie. Dans la cavité abdominale on trouva du sang dont 1700 grammes furent extraits en partie liquide, en partie coagulé. Craignant d'augmenter le collapsus par une toilette trop longue je laissai dans l'abdomen une grande partie du sang.

La trompe gauche, épaissie et infiltrée de sang, fut extirpée en masse, après ligature, avec l'ovaire qui lui était intimement accolé.

En examinant la préparation, on voyait que l'œuf siégeait au pavillon de la trompe et s'était détaché de cet endroit. On ne trouvait rien des enveloppes ni du fœtus, même dans le sang enlevé. Mais on trouva une *déciduale* dans le pavillon, d'où l'œuf peut très bien être tombé en totalité dans la cavité abdominale. La quantité totale de sang épanché fut de 2600 à 3000 grammes. La malade guérit sans peine ni aucun trouble, et quitta la clinique quatre semaines après la deuxième laparotomie.

*Conclusion.* — Le diagnostic de la première grossesse extra-utérine était dans ce cas facile et certain. Comme la grossesse approchait du terme, la laparotomie, l'enfant étant en vie, fut décidée et exécutée 15 jours avant le terme. La rupture, qui avait eu lieu 6 ou 8 jours avant, n'avait pas été diagnostiquée, parce que tous les symptômes d'une hémorrhagie interne et du collapsus manquaient. Le changement de la forme de l'abdomen seul, ne permettait pas de diagnostiquer l'hémorrhagie d'autant plus que, au premier examen, on ne pouvait pas délimiter le

kyste fœtal. L'enfant était plus facile à sentir au début que plus tard, lorsqu'il se fut renversé vers le sacrum maternel.

Le kyste fœtal n'avait éclaté probablement que 6 jours avant l'opération, et ses parois devaient être très minces, car 6 jours après on n'en trouvait plus rien, et sa rupture n'avait causé qu'une hémorrhagie peu importante. Mais probablement déjà le 10 octobre se produisait une boutonnière du kyste.

Comme la tête du fœtus plongeait très bas dans le bassin et que l'arrière-fond du vagin était fortement repoussé en avant, il eût été facile et rapide d'extraire l'enfant par la voie vaginale. Il eût fallu inciser le cul-de-sac postérieur et faire une application de forceps. Mais pensant que le *placenta resté en place ne pourrait s'éliminer que par un procédé de régression et avec suppuration et que d'un autre côté, la membrane ne pouvant se refermer avant plusieurs semaines la malade restait exposée à l'hémorrhagie ou à l'infection*, j'écartai l'idée d'une élytrotomie. Le succès m'a donné raison. Si l'opération avait été faite comme dans l'hypothèse précédente nul doute que la malade n'eût succombé à des accidents de septicémie.

L'élytrotomie a déjà été faite dans un certain nombre de cas ; d'abord en l'année 1817 par John King (*S. Luch Amer. Journ. of obst.*, 1881, p. 338), puis par Kaltenbach, Battey, Baudl, Muller, Keith, G. Thomas (*Trans. Amer gyn. Soc.*, p. 185 ; p. 219) et Hermann (*In London obst. gyn. Soc.*, nov. 23, 1887), qui a aussi opéré *per vaginam* et vit le placenta tomber le seizième jour : il a trouvé 33 cas qui ont abouti par l'élytrotomie. Hermann prétend que ce recours à l'élytrotomie est irrationnel si ce n'est quand après la rupture on a constaté que le fœtus a la tête en bas et que le placenta n'est pas derrière la paroi vaginale, entre celle-ci et le fœtus. Sous ces restrictions, qui excluent presque l'élytrotomie, on peut, dit-il, justifier son emploi.

Pour moi, de cas où la grossesse extra-utérine se répète chez une même femme dans la même année, je ne connais qu'un cas qui a nécessité deux laparotomies pendant une année, c'est celui de Veit brièvement rapporté dans *Verh. d. ges. f. gebh. n. gyn. sitzung rom.*, mai 1889, il s'agit de deux grossesses dans les premiers. La femme supporta aussi la deuxième opération.

#### OBSERVATION X

*Frommel. D. Medic. Wochenschrift, n° 23, p. 494.*

En 1883 je fis la laparotomie chez une femme chétive, âgée de 33 ans, pour une grossesse tubaire intra-ligamentaire à peu près 8 jours après la mort du fœtus (le cas est publié avec plus de détails dans l'« *Intelligents blatt* » des médecins bavarois 1884 n. 8 publié). — Comme le kyste fœtal offrait des signes de putréfaction, je le suturai à la partie inférieure de la plaie abdominale, puis j'enlevai le fœtus légèrement macéré, à travers le vagin. Pendant les 14 jours qui suivirent, je pus enlever le placenta par morceaux, sans hémorrhagie ; par la suite le kyste diminua et se combla de bourgeons charnus. La malade se remit rapidement chez elle, ses règles revinrent et depuis restèrent périodiques. Le médecin de la localité disait qu'en place du kyste fœtal il ne restait qu'une cicatrice étroite et indolore au côté droit de l'utérus.

Environ quatre ans après, en mai 1887, la malade vit ses règles disparaître et se plaignit de violentes douleurs surtout dans le côté gauche de l'abdomen.

Environ 8 semaines après la cessation des règles la femme vomit en revenant de chez son médecin, dans la rue et tomba dans le collapsus. Pâle, sans pouls, elle ne se remit que difficilement.

Le lendemain elle eut une légère perte et expulsa une mem-

brane qu'au microscope je diagnostiquai être une *déciduale*. Le médecin qui avait examiné la malade dix minutes avant sa syncope trouvait le lendemain une tumeur rénitente, élastique, de formation récente, qui remplissait le bassin, en refoulant l'utérus en avant et en haut. La malade s'était remise : environ 4 semaines après, elle eut des symptômes graves d'hémorrhagie interne, et on constata l'augmentation de volume de la tumeur. Peu de temps après cette seconde attaque je pus constater la présence d'une hématocele rétro-utérine.

La femme se remit très lentement et en même temps la tumeur diminua.

Dans ce dernier cas, il n'y avait aucun doute qu'il ne s'agissait d'une grossesse extra-utérine récente et développée dans la cavité de la trompe gauche, car la trompe droite avait été détruite par la grossesse précédente. Il n'était pas plus douteux que le tissu expulsé par l'utérus ne fût une déciduale.

Les cas de grossesse tubaire répétée chez la même femme ne sont pas aussi rares qu'on ne l'a cru et je partage la manière de voir d'Olshausen sur leur étiologie. Je ne puis partager l'avis de Kustner (1) qui dit que Puech prétend sans preuves qu'il y a tendance à la répétition de la grossesse extra-utérine. Je suis convaincu que ces cas se multiplieront dans la littérature médicale.

Pour le moment il faut admettre qu'il y a tendance à la répétition de la grossesse extra-utérine dans la trompe non encore atteinte, mais vu nos connaissances restreintes des fonctions physiologiques des trompes nous n'en savons pas la cause. Quelle est la *condition analogue* qui joue le rôle de cause d'ectopie dans les deux trompes ? — Dans une certaine direction d'idées, W. A. Freund dans son intéressant travail « sur les indications du trai-

1. Kustner. *Die vom Fœtus abhängenden Schw. und geburst. storungen Handb. der geburtshülfe*, II, Bd. Stuttgart, 1889.

tement chirurgical sur la trompe malade » (1) nous a donné quelques vues remarquables. — Freund dit que chez certaines femmes, la trompe subit un arrêt de développement, et dans cet état fœtal, la trompe offre un certain nombre de tours spire en forme de tire-bouchon, surtout vers le pavillon, et qui donnent lieu à des rétrécissements et à des diverticulum.

Si cet état persiste chez la femme adulte on peut supposer que l'œuf éprouve des difficultés dans son cheminement. Après ce travail de Freund, j'ai passé en revue mes nombreuses préparations d'un cas de grossesse tubaire éclatée (2), cas que j'ai décrit plus en détails.

Je pus constater une spire de la trompe avec un étranglement séparant deux parties boursoufflées, de manière que dans plusieurs préparations la lumière de la trompe était double (divisée en deux), quant à l'extérieur la trompe ne présentait rien de remarquable, sauf l'agrandissement causé par la croissance de l'œuf. Les diverses couches de la muqueuse étaient conservées. Je crois qu'on doit recourir toujours à cette donnée de Freund.

Quant aux altérations acquises de la trompe, on peut admettre qu'il s'agissait de processus inflammatoires de la muqueuse ou de la trompe.

Je pense, au contraire d'Olshausen, que quand il y a eu processus inflammatoire, la muqueuse est dépourvue de son épithélium normal, et qu'un œuf ne peut plus s'y développer. J'ai démontré dans mes recherches (4) sur l'utérus du « *Myotis Murinus* » (Chauve-Souris) que la première cohérence entre l'œuf et la muqueuse se fait par une adhérence des épithéliums

2. Freund, v. *Vollmann's sammlung klinischer Vorträge*, 4, 313.

3. *Deutsche archive f. cliniq. méd.* 1887, Bd. 42.

4. *Über die entwicklung der placenta von « Myotis Murinus »* Wiesbaden, 1888.

et je ne pouvais guère imaginer une autre explication. Ces observations sont approuvées par nombre d'auteurs. Ainsi M. Strahl affirme la persistance de l'épithélium pendant la grossesse. Il me semble bien que les altérations de la muqueuse dans la salpingite catarrhale de Martin avec hypertrophie générale de la muqueuse sans refoulement immédiat de l'épithélium peuvent obstruer suffisamment la trompe pour que l'œuf s'arrête. Quant à ce qu'on a dit sur la lumière de la trompe cela n'est pas vrai pour la partie large du tube. J'ai présenté (1) au premier congrès de gynécologie à Munich des préparations qui démontrent que le soulèvement de la muqueuse est tellement prononcé que les plis ne laissent entre eux qu'une mince fente, sur la coupe transversale. A. Martin (2) et Ortmann (3), ont fait de semblables préparations : il est donc aisé à comprendre que si l'hypertrophie de la muqueuse est très prononcée, ses plis s'accolent de façon à oblitérer complètement la lumière de la trompe. De plus Ortmann a démontré que dans ces circonstances des replis opposés de la muqueuse peuvent s'accroître et s'emboîter.

J'appelle votre attention sur ce point que la trompe, dans les déviations utérines et les tumeurs du bassin, présente non seulement une hypertrophie de ses parois, mais aussi et surtout de sa muqueuse, de sorte que sa trame conjonctive semble très hypertrophiée sans qu'on puisse observer cependant d'infiltration de cellules embryonnaires dans le tissu de la trompe (Martin). Dans la plupart des cas on trouve les vaisseaux de la trompe, surtout les vaisseaux veineux, gorgés de sang : aussi les plis de la

1. *Beitrag z. Histologie der Eileiter* Verh. d. d. ges. f. Gyn., 1886.

2. Martin, *Path. und therapie der Frauen Krankheiten*, 2. Aufl. 1887, und *Tuberk. Eulenburg's Bealency Klopaidie*, 2. Aufl. 1830.

3. Ortmann, *Virchow's Arch.* Bd. 108.

muqueuse se touchent si exactement qu'il n'y a pour ainsi dire plus de lumière. Ces altérations montrent qu'entre deux cellules un œuf peut s'arrêter et se fixer, car il rencontre un épithélium normal, abondant, à cellules cellulaires riches, qui offre une surface d'implantation propre au développement de l'œuf.

Certaines néoplasmes, que différents auteurs, comme Léopold (1), Beck (2), Breslau (3), Wyder (4), Kustner (5), etc., ont décrites comme polypes de la muqueuse des trompes, ne sont pour moi que des polypes hypertrophiés de la muqueuse, non d'origine pathologique.

D'ailleurs dans un cas que j'ai étudié avec soin j'ai trouvé au-dessus de l'œuf peu développé une élevation de nature polypeuse. Elle était formée d'un magnifique tissu décurrent. Alors d'après Ahlfeld (5), c'était un produit normal de la grossesse tubaire.

Je renonce à discuter les autres causes étiologiques de la grossesse tubaire, parce qu'elles ont été, il y a peu de temps, discutées par Orelowien. En tous cas, il faudra encore bien des recherches physiologiques et pathologiques jusqu'à ce que nous puissions voir clair dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine.

#### OBSERVATION XI (de Ch. Boisleux). Paris, 1891.

M<sup>me</sup> Jeanne X..., domiciliée à Paris, âgée de 18 ans, mariée depuis le 23 décembre 1890.

1. Léopold. *Arch. f. Gyn.* Bd. X. XIII. *Centralbl. f. Gyn.* 1879, n. 3.

2. Beck. *Illustr. med. Ztg* 1852, 2.

3. Breslau. *Mon. f. Gebk.*, 21 suppl. 1923.

4. Wyder. *Arch. f. Gyn.*, 28.

5. Ahlfeld. *Centralblatt. f. Gyn.*, 1879, n. 2, n. 4.

Première menstruation à 14 ans. — Règles peu abondantes, durant 5-6 jours ; obligée de se garnir... sans douleur.

26 janvier 1891. — Suppression des règles.

10 février. — Obligée de s'aliter 3 jours, douleurs violentes dans le pli de l'aîne et à droite, s'irradiant dans tout le ventre. Un médecin appelé a porté le diagnostic de grossesse utérine ordinaire ; vu le gonflement des seins, les vomissements, la suppression des règles, etc.

Du 10 février au 10 mars. — Douleurs se manifestant toujours dans le pli de l'aîne et à gauche mais permettant à la malade d'aller et venir.

10 mars. — La malade a eu des pertes de sang qui ont duré 6 jours, comme les règles ordinaires. Cependant, pendant ces 6 jours, les douleurs dans le pli de l'aîne et dans le ventre ont toujours continué.

25 mars. — Deux jours de perte.

10 avril. — Le mari qui est médecin, amena sa femme à ma consultation, me disant qu'elle avait une tumeur à droite de la matrice, qu'il désirait être éclairé sur la nature de cette tumeur et les dangers qu'elle pouvait offrir.

Après avoir entendu les antécédents que je viens d'énumérer, voici ce que je trouvai : — Col utérin ferme et non ramolli. Corps de l'utérus normal en antéflexion. Au toucher combiné avec le palper dans le cul-de-sac droit, je sens une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est rénitente, élastique, animée de battements. Elle est très accessible au toucher et située transversalement au diamètre antéro-postérieur du bassin.

Elle occupe le siège habituel de la trompe. Devant les signes manifestes de grossesse, gonflements des seins, suppression des règles, malgré la réapparition d'une période menstruelle et la présence de quelques pertes sanguines, le tout avec persistance des phénomènes généraux de grossesse, tels que vomissements,

gonflement des seins, etc.; vu les signes constants de douleur dans le pli de l'aîne, douleurs continuës avec exacerbation s'irradiant dans tout le ventre; vu le petit volume de l'utérus qui est celui d'un utérus d'une femme non gravide; vu la tumeur siégeant dans le cul-de-sac latéral droit au siége d'élection des grossesses tubaires, je conclus à une grossesse extra-utérine contenue vraisemblablement dans la trompe. Toutefois, pour avoir certitude absolue, je demande au mari de faire au préalable un examen de la muqueuse et voir si celle-ci n'est pas une muqueuse déciduale ou caduque. En cas de grossesse extra-utérine, il y a toujours une caduque dans la matrice, ce que l'on reconnaît aux caractères suivants: hypertrophie des cellules épithéliales cylindriques des glandes utérines, hypertrophie des cellules rondes et fusiformes des tissus muqueux. Cette hypertrophie consiste surtout en une augmentation du corps de la cellule, tandis que le noyau, lui, reste stationnaire. Dans toute muqueuse normale ou pathologique on ne rencontre pas les mêmes caractères.

*Indication et traitement.* — Je disais au mari en cas de certitude, si la muqueuse est une muqueuse déciduale, il n'y a pas un instant à hésiter, s'il s'agissait de ma femme, je n'hésiterais pas à lui faire l'opération, me basant sur la fréquence de la rupture de la trompe dans le cas de grossesse extra-utérine, et l'hémorrhagie mortelle qui peut suivre. Etant donnés la rapidité et l'imprévu avec lesquels se produisent ces accidents, qui peuvent arriver à toute heure du jour et de la nuit, en présence d'un danger imminent de ce genre, il n'y a pas d'autre alternative que l'opération. Je sais bien que l'on a traité les grossesses extra-utérines par l'électricité, entre autres plusieurs chirurgiens américains. L'un d'eux qui avait jusqu'ici employé l'électricité dans le traitement des grossesses extra-utérines, ayant eu deux cas de ruptures et de morts après l'application de l'électricité a depuis

lors rejeté complètement ce procédé. Il est encore un autre mode de traitement déjà employé, ce sont les injections de morphine. J'ai vu en effet, un cas du professeur Winckel, de Munich, traité par ce procédé. J'ai examiné la femme au congrès de gynécologie de Fribourg en 1887. Il y avait une tumeur que l'on sentait très bien sous le doigt ; cette tumeur n'était nullement animée de battements à l'heure où je l'ai touchée, parce que la femme avait déjà subi le traitement avec succès.

Il faut aussi ajouter que, dans ce cas le diagnostic avait été confirmé par l'examen microscopique de la muqueuse (muqueuse déciduale).

Il est certain que cette malade était en des mains très habiles, que de plus elle était soignée dans la clinique où Winckel habite, de telle sorte que si pendant les différentes injections, manipulations, examens, etc., un accident de rupture s'était produit, Winckel aurait pu de suite parer à l'accident et faire l'opération séance tenante. Il faut ajouter que ces manipulations sont en général dangereuses, puisque l'on a vu un cas de mort survenir à la suite d'un simple examen. Il est donc bon de ne faire que les investigations utiles au traitement, le tout avec la plus grande prudence de peur d'amener la rupture du sac fœtal par un examen intempestif.

Bref, il faut avant d'intervenir avoir un diagnostic certain. Je conseille donc l'ablation de la muqueuse et ferai l'examen microscopique. Si je trouve une muqueuse déciduale, pas de doute qu'il y ait grossesse extra-utérine.

17 avril. — Curettage. Je ne constatai parmi les débris de muqueuse aucune trace d'embryon ; l'utérus mesure 7 centimètres.

*Cette opération ne donne pas beaucoup de sang, bien qu'il s'agisse d'un cas de grossesse.*

Après l'opération, repos absolu au lit.

18 avril. — M<sup>me</sup> X... se porte très bien.

19 avril. — La malade va très bien toute la journée. A 9 heures du soir, elle lisait tranquillement un roman dans son lit, quand soudain, elle est prise d'une douleur violente à droite qui la force à jeter son livre. A partir de ce moment, les douleurs n'ont pas cessé, elle sont tellement violentes que le mari médecin, juge bon d'appeler un médecin spécialiste pour les maladies de femmes. Le médecin arrive en toute hâte, examine la malade et ne constate par le toucher vaginal aucune tumeur. En présence des violentes douleurs du ventre, croyant à des accidents de péritonite, il prescrit l'application d'onguent napolitain, et, en même temps, une potion calmante.

Malgré cela, les douleurs ne se calment pas et deviennent telles que le mari m'envoie chercher par un exprès. Il était 11 heures du soir. Sachant d'avance de quoi il s'agissait, aidé de mon assistant, le D<sup>r</sup> Navel, je prépare mes instruments en vue d'une laparotomie. Heureusement, les instruments avaient été bouillis dans l'eau de carbonate de soude du commerce à 1 0/0, à la suite d'une laparotomie que j'avais faite la veille. Arrivé vers minuit auprès de la malade, je suis anxieux de savoir si l'hémorragie interne, suite de la rupture, n'est pas trop abondante pour rendre l'opération et tout secours inutiles. Aussitôt je prends le pouls et constate qu'il est encore plein et qu'il n'est pas trop tard pour l'opérer. La femme ressentait des douleurs tellement fortes, qu'elle ne pouvait plus supporter le poids de ses couvertures. Elle était dans une prostration complète, ses traits étaient crispés, le faciès pâle des malades qui sont sous le coup d'une forte hémorragie. Les douleurs sont bien plus intenses que celles de l'avortement ordinaire ; elles ne peuvent être comparées comme intensité qu'aux douleurs d'expulsion du fœtus à la dernière période du travail. Les douleurs sont en outre continues et n'ont pas cessé un instant depuis 9 heures jusqu'à minuit ; dans la période d'expul-

sion de l'accouchement à terme, les douleurs sont, au contraire, intermittentes et non continues. La malade, épuisée par la douleur, demande elle-même le chloroforme. L'opération fut pratiquée par MM. les D<sup>rs</sup> Navel de la Jarrige, White et Vanderhagen.

*Laparotomie.* — A l'incision de la paroi abdominale, les muscles droits très développés se laissent facilement écarter. Il est difficile de reconnaître le péritoine pariétal : il se présenta sous l'aspect d'une masse rougeâtre que je prends d'abord pour l'intestin (il faut dire que faisant l'opération à la lueur d'une lampe l'éclairage était certainement defectueux). Enfin, je réussis à ouvrir le péritoine avec prudence, de manière à ne pas blesser l'intestin que je croyais avoir sous les doigts. Aussitôt le péritoine ouvert, un jet de sang rutilant aussi gros que le pouce, jaillit par l'ouverture, je coupe avec les ciseaux en haut et en bas et vais droit à la tumeur. Je la saisis d'abord avec de longues pinces de Péan, fais 3 ligatures, enlève la tumeur et réussis à arrêter l'hémorrhagie.

Voici la tumeur : vous voyez d'une part l'ovaire et de l'autre, la trompe qui contient un œuf intact, la tumeur est de forme ovoïdale, largeur la plus grande, 4 centimètres  $1/2$ , longueur 8 centimètres, la plus grande épaisseur, 4 centimètres. A la face postérieure de la trompe droite, vous voyez une déchirure vers la partie moyenne de la face postérieure ; il y a encore un caillot engagé, c'est là l'endroit où la rupture de la trompe s'est produite, c'est par là que l'hémorrhagie s'est faite. La dimension de la rupture est de 2 centimètres  $1/2$  de long sur 3 millimètres  $1/2$  de large, elle est bifurquée aux deux extrémités.

Après l'ablation de la tumeur, j'enlevai encore deux fois plein les mains de caillots, et refermai ensuite l'abdomen. Pansement de la plaie avec de la poudre d'iodoforme.

La quantité de sang écoulé peut s'évaluer à environ 2 litres  $1/2$ . Je n'ai pu recueillir tout le sang qui s'était épanché pendant

L'opération et avait couvert tout le parquet et les murs environnants. Le neuvième jour après l'opération, la malade se levait guérie (*La tumeur est figurée dans notre thèse*).

Fin mai. — Retour des règles. Durée 5 jours. Rien de particulier.

Du 1<sup>er</sup> au 12 juin. — La malade se portait à merveille et allait et venait n'éprouvant aucune douleur.

12 juin. — La malade éprouva subitement des douleurs violentes à gauche, dans le pli de l'aîne et dans le ventre, rappelant les douleurs de la première fois. La malade, forcée de s'aliter, est en proie à une grande anxiété. Elle croit qu'elle a absolument la même chose que précédemment, c'est-à-dire une grossesse extra-utérine. Le mari me fait appeler en toute hâte.

Je ne constate rien au toucher, sauf une douleur très vive en un point limité dans le cul-de-sac latéral gauche. Je considérai une deuxième grossesse extra-utérine comme invraisemblable, attendu qu'au toucher je n'avais senti aucune tumeur. D'autre part, il y avait à peine 7 semaines que la malade était opérée et je ne supposais pas qu'il y eût conception possible. Enfin, les annexes du côté gauche, examinées au moment de l'opération, ne présentaient rien d'anormal.

Le 13 juin. — Mieux relatif.

Le 14 juin. — La malade se lève pour manger à table, fait une petite course, mais est obligée de s'aliter de nouveau dans la soirée.

Le 15 juin. — Le mari, médecin, s'est aperçu qu'il s'était formé une tumeur à gauche, du volume d'une grosse orange, alors qu'il n'existait aucune tumeur la veille.

Le 16 juin. — Je fus prévenu par le mari que la tumeur de la veille était augmentée de volume et plus douloureuse. La tumeur était élastique, rénitente et animée de battements : j'éliminai immédiatement un abcès de la trompe ou de l'ovaire, par suite

de l'absence de fièvre et de tout processus inflammatoire, j'inclinai plutôt pour un hémato-salpynx. Après l'examen de la malade et vu les symptômes identiques, c'est-à-dire douleur dans le pli de l'aîne s'irradiant dans le bassin, vu la possibilité d'une fécondation, je conclus à une deuxième grossesse extra-utérine, compliquée cette fois du décollement de l'œuf, ce qui explique l'hématome en imminence de rupture à cause de son volume toujours croissant.

D'accord avec son mari et la malade elle-même, je décidai l'opération pour le lendemain matin. Toutefois, j'avertissais le mari que la nuit, en cas d'alerte, il devait m'envoyer aussitôt prévenir par son domestique.

Le 17 juin. — A onze heures du matin, je pratiquai la laparotomie avec l'assistance des D<sup>rs</sup> Navel, de la Jarige et Vanderhaghen. L'ouverture de l'abdomen est assez pénible à cause de la première cicatrice, qui a réuni les muscles droits antérieurs de l'abdomen. L'écartement de ces muscles se fait avec difficulté; à l'ouverture de la paroi, il s'écoule un liquide séro-sanguin. Je me trouve en présence d'adhérences intestinales très fortes, en particulier au niveau de l'ancien pédicule où l'adhérence avec l'intestin grêle est tellement forte que je dus faire une double ligature et couper avec les ciseaux. L'utérus est très peu accessible et comme je ne puis amener la tumeur au dehors, je dois saisir la matrice avec une forte pince à griffes de Péan. Je vais à la recherche de la tumeur et la sens battre dans le ligament large gauche. En vain j'essaie à plusieurs reprises de l'amener au dehors mais je n'y réussis pas.

Après toutes ces tentatives la tumeur, très friable, finit par se rompre entre mes doigts et je n'enlève que des débris parmi lesquels se trouve la trompe mutilée, l'ovaire et l'embryon dont j'ai constaté l'existence au microscope.

Le ligament large, complètement béant et lacéré, donne du sang à profusion.

Impossible de pincer un vaisseau. L'extrémité de la trompe gauche ne présente pas une goutte de sang. En présence de cette hémorrhagie en masse, je fais, séance tenante, un tamponnement avec six tampons d'ouate hydrophile entourés de tarlatane et préalablement imprégnés de sublimé acide.

|                                    |   |                         |       |
|------------------------------------|---|-------------------------|-------|
| Solution du D <sup>r</sup> Laplace | { | Sublimé. . . . .        | 1 gr. |
|                                    |   | Ac. tartrique . . . . . | 5     |
|                                    |   | Eau . . . . .           | 1000  |

Je place ensuite dans le Douglas un drain en T, de 7 millimètres de diamètre (ce drain est celui que j'ai vu employer à la Clinique du D<sup>r</sup> A. Martin à Berlin). Environ dix minutes après le premier tamponnement, j'enlève les tampons et fais un second tamponnement que je laisse à demeure. Cette fois, je place un tampon en arrière de la matrice et un deuxième dans le ligament large gauche. Ceci fait, je referme la partie supérieure de la paroi abdominale et laisse à la partie inférieure une plaie ouverte d'environ 5 centimètres de long. En terminant, je saisis les deux tampons avec deux longues pinces de Péan : je fis le pansement avec de la tarlatane imprégnée de sublimé, de l'ouate hydrophile et bandes de flanelle autour du ventre.

Le 18 juin. — 28 heures après l'opération, enlèvement des deux tampons.

Je m'assure que la plaie ne saigne plus et fais la suture complète de la paroi abdominale sous le chloroforme. Lavage préalable de la plaie au sublimé acide.

18 juin. — Température et pouls normaux. Avant de faire le pansement, je remarquai que le drain vaginal avait donné beaucoup de sérosités séro-sanguinolentes, le pansement qui se trouvait sur le ventre était aussi entièrement imprégné de liquide séro-sanguin.

19 juin. — Ecoulement abondant de liquide séro-sanguin par le drainage.

Température et pouls normaux.

Du 19 au 22 juin. — Température et pouls normaux, il s'écoule toujours du liquide par le drain.

27 juin. — Température et pouls normaux.

Enlèvement du drain sous le chloroforme ; lavage à l'acide phénique à 2 0/0 et introduction d'une mèche de gaze iodoformée à la place du drain. Râclage d'un point de suture superficiel de la plaie en voie de suppuration, avivement des bords de sutures secondaires.

Le 28 juin. — La malade se lève et descend dans le jardin.

Du 28 juin au 6 juillet. — La malade se lève, la plaie est cicatrisée, guérison.

Ce fait de deux grossesses extra-utérines chez la même femme, se répétant dans un si court espace de temps, n'a pas, que je sache, son exemple dans la science.

Ce qu'il y a de particulier pour la première grossesse extra-utérine, c'est que le diagnostic fait en temps opportun a permis d'arriver à temps pour sauver la femme.

Dans la deuxième opération, j'ai employé un mode de traitement qui n'a pas encore été appliqué jusqu'ici, soit en France, soit à l'étranger, dans un cas de grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois.

Il est, en effet, de règle en chirurgie de lier les pédicules des annexes de l'utérus ou de les pincer avant ou après leur extirpation, et non de pratiquer le tamponnement des ligaments larges en s'abstenant de toute ligature.

Dans les dix derniers cas de grossesse extra-utérine opérés dans les premiers mois de la grossesse par le D<sup>r</sup> A. Martin, on a toujours pu lier les annexes et les extirper. Dans ce dernier cas, il m'a été impossible de pincer ou de lier un seul vaisseau.

*Ce tamponnement abdominal est applicable dans les cas de grossesse extra-utérine où l'on ne peut faire aucune ligature et permettre ainsi d'arrêter facilement l'hémorrhagie et de sauver la femme. Il suffit de maintenir les tampons en place pendant vingt-quatre heures. Je crois que tout médecin qui sera en présence de cas semblables se trouvera bien de ce procédé. Les tampons sont formés d'ouate hydrophile entourée de gaze à pansement. L'épaisseur de la couche d'ouate et de la grandeur du tampon dont je me suis servi est celle d'une main d'adulte. M<sup>me</sup> B..., l'infirmière de notre clinique, passe un fil en surjet en travers. De cette façon, l'ouate ne s'effiloche pas et ne peut causer d'adhérence au niveau du pédicule ou des intestins.*

Les tampons sont préalablement imprégnés de sublimé acide et ensuite exprimés. L'idée de pratiquer ce tamponnement dans les cas de grossesse extra-utérine m'est venue à la suite d'un cas malheureux présenté par Kaltenbach à la société de gynécologie de Berlin 1888. Kaltenbach a présenté l'utérus d'une femme morte à la suite d'une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'une grossesse tubaire : la ligature du pédicule des annexes avait donné un hémostase complète. Mais à la face postérieure du corps de l'utérus, il y avait une adhérence rompue, par laquelle s'est fait l'hémorrhagie qui a entraîné la mort de la femme. Hégar a publié un cas semblable à la société de gynécologie de Paris, où la mort a été causée par l'hémorrhagie produite par des adhérences multiples. C'est à la suite de ces faits et d'autres que j'avais résolu de tamponner, s'il se présentait un cas de grossesse extra-utérine avec des adhérences multiples.

Il faut remarquer qu'en cas de grossesse extra-utérine les adhérences sont beaucoup plus à craindre que dans n'importe quelle autre opération sur les annexes (pyo-salpinx et hémato-salpinx).

DESCRIPTION DES TUMEURS ET EXAMEN HISTOLOGIQUE.

*Premier cas. — Grossesse tubaire. —* Dans ce cas, nous avons durci la trompe dans la liqueur de Müller, comme nous l'a conseillé le D<sup>r</sup> Gombaut, puis nous l'avons laissée séjourner dans l'eau pour enlever l'excès de bichromate, et nous l'avons plongée ensuite dans l'alcool à 95°.

Comme nous l'avons dit dans l'observation, il y avait hémato-cèle intra-péritonéale à la suite de la rupture de la trompe; de plus un jet de sang rutilant s'échappa au moment de l'incision abdominale.

L'orifice abdominal de la trompe était perméable. La quantité de sang épanché dans l'abdomen peut être évaluée à 2 litres  $1/2$ . Comme cause de la rupture de la trompe (on peut le voir du reste d'après la figure), nous voyons l'amincissement considérable de la paroi, dans deux cas de Martin rapportés par Orthmann.

*Description de la tumeur. —* Vous voyez d'une part l'ovaire, de dimension normale, et de l'autre la trompe considérablement distendue. La tumeur est de forme ovoïdale : largeur la plus grande 4 centimètres  $1/2$  ; longueur 8 centimètres ; la plus grande épaisseur 4 centimètres. A la face postérieure de la trompe droite, vous voyez une déchirure vers la partie moyenne de la face postérieure ; il y a encore un caillot engagé ; c'est là l'endroit où la rupture de la trompe s'est produite ; c'est par là que l'hémorrhagie s'est faite. La dimension de la rupture est de 2 centimètres  $1/2$  de long sur 3 millimètres de large, elle est bifurquée à ses deux extrémités.

Sur une coupe longitudinale, on voit d'abord la rupture qui intéresse la trompe et les villosités choriales sous-jacentes. La trompe, dans la plus grande partie de son étendue, est réduite à environ 2 millimètres d'épaisseur. Dans la partie centrale de la

tumeur, on remarque un caillot d'énorme dimension, qui est séparé des villosités par un espace vide. Enfin, on aperçoit d'un côté l'extrémité utérine de la trompe qui est très épaisse. A l'extrémité opposée, on remarque le pavillon de la trompe qui est également très épais. Ce pavillon, comme vous pouvez le remarquer, est complètement perméable (*ce qui confirme l'assertion émise par J. Veit au congrès de Bonn, 1891, qui dit que toutes les fois qu'il y a hémato-salpinx et que le pavillon de la trompe reste perméable, il s'agit toujours de grossesse extra-utérine, qu'il y ait absence ou présence d'un fœtus dans la cavité*).

*Examen histologique.* — 1° Extrémité péritonéale.

Les plis de la muqueuse tubaire ne présentent rien d'anormal. Dans l'épaisseur de la paroi musculaire, on rencontre de dedans en dehors un énorme caillot qui ne présente que des masses fibrineuses non organisées, c'est-à-dire qu'on ne trouve aucune cellule fusiforme ni aucune fibre de tissu conjonctif.

En dehors de ce caillot énorme qui représente à lui seul les  $\frac{3}{4}$  de la coupe, on trouva des lacunes remplies de sang. Aucune villosité choriale, aucune cellule déciduale dans le caillot.

2° Extrémité utérine de la trompe.

Sur une coupe transversale, on rencontre d'une part l'orifice tubaire et les plis de la muqueuse sans changement notable. En dehors, on trouve une quantité de fibres musculaires lisses, considérablement hypertrophiées. Plus loin, des lacunes avec un gros caillot. Dans ce caillot, on voit des *villosités choriales* et des *cellules déciduales*. Les cellules sont colorées en brun violet. Les villosités présentent sur la coupe de chaque côté une gaine de cellules épithéliales et en dehors une gaine de cellules fusiformes.

Les cellules épithéliales sont nettement cubiques et pas du

tout déformées. Elles se présentent en général par îlots plus ou moins isolés.

Comme les coupes n'ont porté que sur une partie de la tumeur, il peut se faire que dans les coupes ultérieures nous rencontrions des débris fœtaux.

*De la présence de cellules déciduales et de villosités choriales, nous pouvons conclure à une grossesse tubaire.*

Il va sans dire que dans un hématome simple on ne rencontre aucune villosité chorale, aucune cellule déciduale, l'hématome est le plus souvent constitué par des masses fibrineuses sillonnant des agglomérats de globules rouges, mais ne présentant aucun substratum de tissu conjonctif, de plus, il y a des cellules dans cette masse sanguine, ces cellules détachées n'ont aucun des caractères des cellules déciduales. Les cellules déciduales ont ce caractère bien connu qu'elles ont un *noyau petit par rapport au corps de la cellule* qui lui au contraire est *très volumineux*, ainsi donc qu'il s'agisse d'une cellule ronde, qu'il s'agisse d'une cellule fusiforme, ces caractères sont toujours les mêmes : quant aux villosités choriales point n'est besoin de les décrire ici, cette description se trouve dans tous les traités d'accouchement.

*Deuxième opération.* — Il s'agit là non plus d'un hématome de la trompe, mais d'un hématome de l'ovaire. Le tissu de cet organe est parsemé d'îlots hémorragiques de plus ou moins grande dimension. En certains endroits les follicules de l'ovaire sont complètement isolés et disséqués. J'ai rencontré des villosités choriales très nettes, il s'agit comme vous le voyez d'un œuf de quelques semaines à peine. On ne peut donc ici nier la présence de la grossesse ovarienne, les villosités choriales témoignent nettement de la présence de l'œuf fœtal.

## DIAGNOSTIC

Au point de vue du pronostic et du traitement le diagnostic dans les premiers mois est des plus importants.

Tout d'abord il s'agit de symptômes communs à toutes les grossesses : si la femme est primipare, elle accuse tous les signes de probabilité des premiers temps ; si elle est multipare, elle vous dira que ce qu'elle éprouve ressemble au début de ses grossesses antérieures. Donc signes communs :

1° Vomissements.

2° Gonflement des seins, sécrétion lactée (colostrum).

3° Suppression des règles.

4° Pigmentation (masque, ligne blanche).

5° Troubles nerveux divers.

Au bout d'un certain temps apparaissent les signes propres à la grossesse extra-utérine : chez la femme, vers la fin du premier mois, surviennent des troubles qui l'inquiètent : douleurs apparaissant à intervalles plus ou moins éloignés, rémittentes, dont les caractères sont d'être *subites, continues, limitées à un côté du ventre*, et *s'irradiant vers le pli de l'aîne et la cuisse du même côté* : d'abord de courte durée, elles reviennent plus intenses après quelques jours ; tout à coup la malade s'aperçoit qu'elle perd du sang par le vagin, mais le sang perdu est moins abondant que les règles normales, l'hémorrhagie dure moins longtemps : d'ailleurs



**Placeholder**



**Placeholder**



**Placeholder**



**Placeholder**

elle peut se produire en dehors des menstrues et faire croire à un fibrôme tout d'abord. Les caractères de l'écoulement sanguin varient. L'hémorrhagie, après une ou deux semaines de repos, recommence avec augmentation des douleurs. La femme qui est régulièrement menstruée d'habitude, vous appellera pour ces métrorrhagies; celle qui l'est irrégulièrement vous appellera pour ses douleurs.

Vous examinez la malade. L'utérus est plus grand qu'à l'état normal, mais pas aussi volumineux cependant que ne le comporterait l'âge présumé de la grossesse, âge dont les femmes, surtout les multipares ont parfaitement la notion.

Le col en général n'est pas ramolli.

Dans un des culs-de-sac latéraux, rarement en arrière, plus rarement encore en avant, et plus accessible que ne le sont en général les tumeurs de la trompe ou de l'ovaire, vous trouvez une tumeur élastique, rénitente, dans laquelle on perçoit des battements artériels tant à la surface que sur le pédicule, et qui n'est pas l'ovaire, car en reportant les doigts plus en arrière on pourra sentir cet organe. Le plus souvent un court pédicule donne au doigt la sensation d'une dépression.

Si les signes de probabilité n'existent pas ou ne sont pas très nets (Si la femme prend cet écoulement pour ses règles par exemple) le cas sera souvent difficile. Le médecin constate la tumeur du cul-de-sac: s'agit-il d'une *grossesse extra-utérine* d'une *hématocèle*, d'un *pyo-salpinx*, d'un *hématome de la trompe*, d'un *kyste de l'ovaire* ?

L'*Hématocèle* a son siège le plus fréquent dans le Douglas. Son début, s'il est quelquefois insidieux, est le plus souvent brusque: la malade éprouve tout à coup une sen-

sation de déchirement, pâlit, son pouls devient filiforme. La température s'abaisse ; la face est crispée. La malade éprouve des douleurs irradiées dans le rectum et la vessie. On sent une masse molle et fluctuante dans le Douglas, à travers le cul-de-sac postérieur ; plus tard on aura la sensation de crépitation sanguine. L'utérus est refoulé en avant.

Ce n'est que quand le kyste fœtal est rompu qu'on peut confondre une *grossesse extra-utérine compliquée de rupture* avec une hématoçèle : encore faut-il que la femme n'ait pas été examinée auparavant. En effet, alors l'œuf projeté dans le Douglas peut donner la même sensation que les caillots de l'hématoçèle. Ce serait là d'après *Veit* une cause d'erreur fréquente.

D'ailleurs la moyenne de la mortalité étant d'après *Zweifel* de 18 pour 100 dans les hématoçèles rétro-utérines, elle s'abaisserait certainement, avec les moyens antiseptiques que nous possédons, si l'on intervenait par une opération.

Les *phénomènes généraux* n'existent pas : on ne constate que la tumeur : est-ce une *pyo-salpyngite* ? Cette affection ne survient, on s'en souviendra, qu'après un accouchement, de la septicémie, après un trouble de la menstruation (suspension des règles), une blennorrhagie, ou chez une malade en puissance de tuberculose. Dans ces cas, il s'écoule quelquefois d'une manière intermittente du pus par l'utérus, et il y a une élévation vespérale de la température.

La tumeur est dure, non animée de battements et présente un contour moins régulier que la trompe gravide.

La confusion est moins facile encore avec un *kyste de l'ovaire* (antécédents commémoratifs, absence de douleurs

irradiées à l'aîne, troubles peu marqués de la menstruation, forte rémittence de la poche, marche plus lente).

La mort du fœtus s'accompagne toujours d'un signe pathognomonique : l'*expulsion* par l'utérus d'une *caduque* *entière ou en lambeaux*, toujours précédée de douleurs dans le côté et d'hémorrhagies plus ou moins abondantes dues au décollement du placenta.

Quand un décollement partiel du placenta survient au cours d'une grossesse tubaire, il y a hémorrhagie intertuboplacentaire : consistance plus dure, augmentation de volume de la tumeur, métrorrhagies, puis après quelques jours expulsion d'une caduque.

Si l'on a des doutes sur le diagnostic exact, il ne faut pas hésiter, après d'être assuré que d'après l'âge de la grossesse aucun fœtus n'occupe la cavité utérine (grandeur de l'utérus, règles ayant reparu, etc., etc.) à proposer à la femme, un *curettage* de la matrice et à faire au microscope l'examen de la muqueuse. Si l'on trouve des cellules déciduales (voir les figures ci-dessus) il n'y a aucun doute : il y a un œuf. Quant aux prétendus dangers de cette pratique (rupture, etc.), ils ne sont qu'imaginaires, comme j'ai pu le constater dans le dernier cas dont je cite l'observation et dans lequel mon ami le Dr Boisieux fit le curettage trois jours avant la première laparotomie, sans que la malade ressentit par la suite aucune douleur.

L'appareil symptomatique qui a le plus frappé les auteurs est celui de la rupture, qui a beaucoup de rapports avec celui de l'hématocèle, mais où cependant la douleur paraît être beaucoup plus violente.

La rupture du sac fœtal s'accompagne de phénomènes

généraux intenses (Le médecin peut croire à une péritonite, à une hématoçèle, à une hémorrhagie interne à marche rapide, etc.). Des masses plus ou moins molles dans le Douglas élimineront l'idée d'une péritonite.

S'il y a doute entre l'hématoçèle et la grossesse extra-utérine rupturée, il ne faudra pas s'attarder sur le choix du traitement. La laparotomie dans le cas d'hématoçèle, faite sur une femme qui n'est pas tout à fait exsangue, donne une mortalité tellement minime qu'il ne faudra pas hésiter; il faut opérer sur-le-champ.

Un autre diagnostic intéressant à un autre point de vue est le *diagnostic histologique*. Si par exemple vous avez un hématoçèle de la trompe: vous ne rencontrez dans les annexes enlevés aucune trace de fœtus. S'agit-il d'une grossesse extra-utérine?

Keller (*centralblatt fur gyn.*, p. 801, n. 46) a fait l'examen microscopique de la tumeur dans plusieurs cas et a trouvé des *villosités choriales* plus ou moins nettes et plus ou moins typiques. De la présence de ces villosités (voir les figures) ainsi que des *cellules déciduales*, il conclut à la grossesse tubaire.

Voici les conclusions tirées par Orthmann de Dusseldorf, de l'examen de dix pièces provenant d'opérations de Martin :

I. — Quand on rencontre dans l'intérieur d'une trompe un caillot solide, organisé, on peut presque à coup sûr conclure à l'existence d'une grossesse tubaire.

II. — L'hématoçèle intra-péritonéale provient ou de la rupture du sac fœtal ou bien d'un avortement de l'œuf par le pavillon.

III. — La présence de *cellules déciduales* dans la trompe

n'est pas une condition indispensable au diagnostic de la grossesse extra-utérine.

IV. — On trouve toujours des *villosités choriales* dans les premiers mois : elles sont dans tous les cas de grossesses extra-utérines constantes mais en quantité variable. Quant aux cellules déciduales elles manquent 8 fois sur 10.

Dans l'intérieur de ces villosités on retrouve de chaque côté un épithélium cubique très caractéristique et, en dehors des cellules fusiformes. Selon lui, l'absence des cellules déciduales serait due à la compression exercée par le caillot : elles seront d'autant plus rares que la compression se sera exercée plus longtemps. On les trouve au point d'implantation de l'œuf.

## TRAITEMENT

Il y a cinq méthodes :

L'électrisation ; la ponction du kyste ; l'injection de morphine ; la laparotomie ; l'élytrotomie.

I. — *Electricité.* — Le procédé de l'électrisation dont P. Dubois a eu l'idée le premier, mais que Rachetti de Pise employa le premier, ne tue pas toujours le fœtus, il est incertain (cas de Veit publié *in Centralbl. f. gyn.*), et de plus (voir l'observation de Kletsch) fait courir à la femme des dangers très sérieux, vu la richesse du sac en fibres lisses dans la majorité des cas et la possibilité d'une rupture par spasme. Cependant quelques praticiens (Voillemier et Burcy, etc.), ont eu des succès en appliquant un pôle sur l'abdomen, l'autre dans la cavité du sac par une ponction.

II. — *Ponction.* — La ponction a eu ses partisans : les uns ponctionnent par le vagin ; d'autres plus rares par la paroi abdominale.

Greenhalgh, Koeberlé, Martin, etc., vantent cette méthode ainsi que Spiegelberg dans son traité. Mais Cohnstein prétend qu'il est toujours défavorable à la mère. Il y a toujours danger d'introduire dans une poche par elle-même stérile un élément septique. De plus dès que la poche des eaux est vidée, il y a danger d'hémorrhagie par décollement du placenta. Plusieurs praticiens distingués ont ainsi perdu leurs malades avec des symptômes d'hémorrhagie interne.

Contre cette hémorrhagie on est presque impuissant.

Bien plus cette ponction qui a pour but de prévenir la rupture ne l'évite pas toujours (Routh, *Obst. transact.*, XXI, p. 95, etc.). On n'est pas certain non plus de tuer le fœtus. Frankel. (*Arch. f. gyn.* Bd. XIV, § 157), a publié un cas assez curieux où quatre mois après la ponction du kyste suivie de l'expulsion d'une caduque, la femme revenait le voir avec le kyste surdistendu et les bruits fœtaux parfaitement nets. Il dut faire la laparotomie. Bref, c'est une méthode incertaine et souvent aveugle.

III. — *Injectons de morphine.* — Les injections de morphine dans la poche furent proposées pour la première fois par Joulin (Thèse de Paris, 1867, *Diff. cas de dystocie*). Le professeur Tarnier réussit à tuer un fœtus de 5 mois  $1/2$  après trois injections. Mais la mort du fœtus ayant entraîné des accidents, on dut faire la laparotomie et la femme mourut.

Dans cette méthode, non seulement il faut répéter les ponctions, mais on n'est pas non plus certain de tuer le fœtus.

Mentionnons cet original procédé proposé par Mahu, à savoir l'écrasement de la poche, transformation en hémato-cèle de la grossesse extra-utérine.

Le seul traitement rationnel applicable à toutes les périodes de son développement consiste à extraire la trompe gravide avec son contenu : ainsi seulement on pourra arrêter les hémorrhagies si abondantes qui suivent la rupture du sac.

IV. — *Laparotomie.* — Faut-il, parce que nous avons vu plusieurs cas de guérison spontanée se garder d'opérer. Nous

avons vu que non. Hancks de New-York (*Soc. gyn. an. sept.* 13<sup>e</sup> séance) sur 31 cas non opérés cite 18 cas de mort.

Parmi les partisans de l'opération, Parry dit que si l'on ne peut enlever le sac, il faut faire l'hystérectomie supra-vaginale et enlever les annexes. En ceci, nous ne pourrions partager sa manière de voir qu'au cas seulement où une femme deviendrait fatalement stérile après une grossesse tubaire ; mais nous avons vu qu'il n'en était rien.

D'abord il faut poser le diagnostic. La confusion avec une grossesse utérine, un myôme, n'est guère possible.

Les conditions de l'opération varient avec l'âge, le siège (ovarienne ou abdominale), l'état (sac intact ou rupture) de la tumeur. Quand le sac est petit, encore jeune, et que la tumeur est pédiculisée elle est plus facile. Il en sera tout autrement si la grossesse est ovariennne, abdominale, dans les derniers mois, ou après rupture.

*La laparotomie faite dans les premiers mois et avant la rupture offre toutes les chances de guérison.* Mais les cas où le médecin est appelé dans ces conditions sont rares.

Dès le diagnostic posé il faut opérer sans retard, sans attendre la rupture qui pourrait enlever la malade en quelques heures.

Dans le cas où le fœtus est mort, l'expectation est permise (cas de momification. Voir l'observation Moreau, etc.), mais sans trop compter sur le mode de terminaison. Thornston (*obst. transact.*, vol. 24, p. 51), fut forcé de faire une laparotomie après la mort du fœtus, le sac augmentant toujours de volume.

En cas de rupture et en présence de phénomènes généraux graves, Lawson Tait nous le dit, il ne faut pas hésiter un

seul instant. Les malades ne sont pas sûrement sauvées. Car encore faut-il que l'hémorrhagie ne soit pas trop abondante, car dans ces cas on ne peut rien. En regard des faits malheureux de Martin, Veit, Hegar, Terrillon et Doléris, Fergusson, on peut mettre toute la série heureuse de Lawson Tait, les cas de Gusserow, Hermann et M. Polaillon en 1850 et le cas précité de M. Boisleux.

Dans la seconde moitié de la grossesse la laparotomie sera faite, soit avant soit après la rupture du sac, le fœtus vivant ou bien étant mort depuis peu. Si l'horizon est assombri par l'hémorrhagie formidable qu'amène fatalement la section du placenta, quand il s'insère sur la paroi abdominale, ou son décollement pendant l'extraction du fœtus (Hitzmann de 1880 à 1887 cite 7 de ces cas tous mortels), on comprend qu'en présence de cette mortalité Walton (*Soc. belge d. gyn. et d'obst.*, octobre 1885) ait conseillé la ligature préalable des artères ovariennes et utérines. Cependant dans ces dernières années, soit que le procédé de Martin (ligature du placenta par segments) ait été employé, soit qu'on ait réussi à arrêter le sang en saupoudrant le placenta avec un mélange d'acide salicylique et de tannin, les résultats sont favorables.

Evidemment les dangers de l'opération sont beaucoup moins grands quand l'enfant est mort et que la circulation placentaire a cessé depuis longtemps.

L'enfant vivant faut-il faire la laparotomie ?

Oui si par un examen extrêmement minutieux on s'est assuré que le placenta ne s'insère pas sur la paroi abdominale. S'il en était ainsi c'est à l'élytrotomie qu'il faudrait avoir recours.

M. Maygrier, dans sa Thèse d'agrégation (Paris, 1886) dit

que l'insertion sur la paroi abdominale se rencontre une fois sur cinq : les cas de laparotomies seront donc beaucoup plus fréquents.

La laparotomie indiquée, faut enlever le sac complètement ou extraire le fœtus après l'incision de la poche ?

*Quand le sac est libre d'adhérences et qu'il présente un pédicule, il est préférable de lier le pédicule et de faire l'extirpation totale : S'il ne présente que quelques adhérences avec la paroi ou les intestins on peut soit les déchirer soit les sectionner selon leur importance : naturellement cette conduite serait préférable, dans ces conditions, même dans le cas de fœtus vivant.*

Le plus souvent le kyste adhère à la paroi abdominale et on pénètre d'emblée dans la cavité du sac.

Faut-il extraire le placenta de suite ou en attendre l'expulsion spontanée ? Le procédé de Martin pourra être employé toutes les fois que le placenta ne s'insère pas sur l'intestin car alors il serait difficile de passer l'aiguille sans blesser le viscère. Quand l'insertion se fait sur la paroi même du kyste, on perfore la base du placenta en plusieurs endroits et on limite ainsi des segments qu'on pourra après avoir serré les fils sectionner sans hémorrhagie.

Peut-être, laisser à la nature le soin d'expulser le placenta, ne mettrait pas suffisamment la malade à l'abri d'une hémorrhagie ; car ici il ne s'agit pas d'un organe rétractile au même degré que l'utérus où les vaisseaux s'oblitérent fatalement par le fait de la contraction fibrillaire de la riche charpente périvasculaire. Cependant dernièrement nous avons vu le professeur Pinard laisser en place un placenta qui fut

expulsé sans hémorrhagie le deuxième jour après l'opération.

Que deviendra le sac ?

M. Maygrier écrit qu'il faut suturer le sac à la paroi de l'abdomen après l'extraction du fœtus, si cela n'a pas été déjà fait au commencement de l'opération.

Martin résèque tout ce qu'il peut du sac, suture entre elles les parties qui restent et draine par le Douglas. Cette méthode est peut-être préférable : car pourquoi laisser une poche qui peut devenir source d'infection à un moment donné et qui de toute façon formera des brides fibreuses qui exerceront sans cesse des tractions sur la matrice et le ligament large ; laissant la femme sous la menace continuelle d'une déchirure, d'une hématocele, d'une pelvi-péritonite et qui sait ? d'une obstruction intestinale éventuelle.

En cas d'hémorrhagie en nappe, on bourrera la cavité de tampons retenus par des pinces ou des fils passant par la plaie abdominale dont on pourra laisser la partie inférieure ouverte, et les enlever au bout de 24 heures, quand le drain ne donnera plus de sang.

## CHAPITRE V.

### ÉLYTROTOMIE.

L'élytrotomie a été préconisée par Baudelocque, elle a eu pour partisans Velpeau, Gardien, Burns et Maygrier dans sa thèse d'agrégation semble lui accorder la préférence sur la laparotomie. La crainte de blesser le péritoine entre pour beaucoup dans cette préférence, et aussi la facilité avec laquelle le drainage peut s'effectuer. Ce ne serait pourtant pas deux raisons suffisantes pour vouloir faire de l'élytrotomie le traitement absolu de la grossesse extra-utérine : car avec des précautions antiseptiques la blessure du péritoine peut se faire sans danger ; et toute laparotomie, pour grossesse extra-utérine, doit selon nous être accompagnée du drainage du cul-de-sac de Douglas. Il y a pourtant une condition, très bien indiquée par Maygrier dans son livre, qui doit faire préférer l'élytrotomie à toute autre manœuvre, c'est la situation du kyste dans l'excavation, le placenta s'insérant sur la paroi abdominale. En dehors de cette disposition particulière du sac fœtal, et Maygrier nous apprend qu'on la rencontre une fois sur cinq, il faudra proscrire l'élytrotomie, du moins du vivant, du fœtus, pour la raison majeure qu'il serait presque impossible d'arrêter l'hémorrhagie si elle venait à se produire. Quand le fœtus est mort

depuis longtemps, que la circulation placentaire a cessé, et que le placenta lui-même a pour ainsi dire disparu, tant il est atrophié, il n'y a pas de contre-indications à pratiquer l'élytrotomie, et le choix pourra être laissé à l'opérateur : si la poche contient du pus, l'incision vaginale devra être pratiquée. On la fera suivre du drainage et, s'il y a menace de septicémie, l'irrigation continue, selon la méthode du professeur Pinard, donnera les meilleurs résultats.

Les cas dans lesquels l'élytrotomie a été pratiquée ont été consignés dans la thèse de Maygrier. Ils donnent comme résultat trois guérisons sur 4 cas dans la première moitié de la grossesse, deux guérisons sur 4 cas dans la deuxième moitié, 7 guérisons sur 12 cas pendant la période de rétention du fœtus mort.

C'est, on le voit, une bonne moyenne, puisque près des deux tiers des opérations se sont terminées par la guérison. Mais le nombre d'élytrotomies pratiquées jusqu'à ce jour n'est pas assez considérable pour qu'on puisse à notre avis édifier une statistique et se reposer sur la moyenne. Cependant, quand il y a indication, c'est-à-dire quand le kyste contient du pus, quand il est situé très bas dans l'excavation, et que le placenta s'insère sur l'abdomen, on retirera un certain avantage de la méthode, pourvu qu'on ait soin de ne pas chercher à décoller le placenta (si le fœtus est vivant ou mort depuis peu) et qu'on fasse une antiseptie rigoureuse et le drainage de la cavité. On attendra l'élimination spontanée du placenta et la rétraction de la poche qui se résorbera à la longue.

Quand le fœtus est mort depuis longtemps, qu'il est

macéré, il n'y a pas d'inconvénient à vider entièrement la poche de son contenu, fœtus et placenta.

L'observation suivante nous montre que quand la circulation placentaire a cessé depuis longtemps, il n'y a pas à craindre les hémorrhagies graves que donnerait, alors que le fœtus est vivant ou mort depuis peu, le décollement du placenta. Il s'agit d'une femme de 43 ans, qui après avoir reçu un coup dans la fosse iliaque droite, fut prise de violentes douleurs dans le côté et dans l'aîne gauche. Elle fut traitée inutilement pendant quelque temps, et devant l'intensité des douleurs fut amenée à M. le Dr Jouin qui pensa à une affection de la trompe : au toucher combiné, tumeur volumineuse occupant la partie médiane du vagin et la fosse iliaque gauche. M. Jouin fit une ponction qui laissa écouler une quantité considérable de pus et de sang. Il introduisit le doigt dans l'ouverture et sentit parfaitement le squelette d'un fœtus mort et macéré. Il agrandit l'incision, vida la poche, extirpa le placenta qui donna un peu de sang, lava et draina avec de la gaze iodoformée. La malade se leva huit jours après l'opération et est actuellement guérie : la grossesse remontait à huit ans.

Cette intéressante observation a été communiquée à la société clinique des praticiens de France, séance du 12 février 1892, par M. le Dr Jouin. Elle nous montre que le traumatisme a déterminé la pénétration de germes infectieux dans le kyste fœtal d'où suppuration : à ce titre l'élytrotomie était indiquée : elle nous montre enfin que le placenta a pu être extrait sans donner lieu à une hémorrhagie bien grave. — *Manuel opératoire.*

1° Position de la malade; placée le siège le plus élevé

possible, de façon à empêcher le prolapsus des intestins ou de l'épiploon par la plaie.

2° Attirer la lèvre postérieure du col en haut, le plus possible, placer des écarteurs selon la position figurée dans le mémoire de M. Ch. Boisleux (Société de gynécologie, 1892, 14 avrii).

3° Incision à 1 centimètre en arrière de l'insertion du col sur le vagin, incision médiane, *interligamentaire* de façon à éviter sûrement les ligaments utéro-sacrés.

4° Prolonger l'incision autant qu'il est nécessaire pour l'extraction du fœtus, en plaçant toutefois le doigt dans le rectum de façon à ne pas le léser.

5° Extirpation du sac fœtal et du placenta.

6° Lavage à l'eau boriquée 3 pour 100 dans le péritoine.

7° Fermeture de la plaie ; avant de lier les sutures, introduire un drain en T de Martin, ou un drain double en T, si il y a suppuration du sac pour que l'on puisse faire ultérieurement des lavages suivant l'indication.

8° Gaze iodoforme dans le vagin.

Voici maintenant avec le résultat qu'ils ont obtenu, les noms des opérateurs qui pratiquèrent l'élytrotomie. On trouvera tout le détail des observations dans la thèse de M. Maygrier.

#### 1. — Première moitié de la grossesse :

Obs. 1. — Grossesse tubaire. Elytrotomie. Guérison. g. Thomas. *Am. Journ. of obstetrics*, 1875.

Obs. 2. — D'Ohara, grossesse extra-utérine. Elytrotomie. Mort en trois jours (*id.* 1878, p. 825).

Obs. 3. — Harrison, grossesse abdominale. Elytrotomie. A 4 mois, *guérison* (*id*, 1878, p. 810).

Obs. 4. — Goelets, grossesse abdominale. Elytrotomie à 3 où 4 mois *guérison* (*New. york, med. journ. record*, 1878 n. 16 p. 305.)

## II. — Deuxième moitié de la grossesse.

Obs. 1. — John King. *Guérison*. Sauva mère et enfant (2) (*med. reponitory. New. York*, 1813, p. 338).

Obs. 2. — Dr Caignon, fœtus de 6 mois 1/2, extrait vivant. *mort* (*Lancette française*, 1829, p. 155).

Obs. 3. — Baudelocque Neveu. Grossesse tubaire gauche de 7 mois. *Mort* de l'enfant et de la mère (Thèse de Granval, 1832).

Obs. 4. — Mathieson, grossesse extra-utérine, extraction de l'enfant vivant par le vagin. — *Guérison* (rapporté par Mac Callum, *obs. franc*, 1885, vol. XXVI, p. 132).

## III. — Pendant la rétention du fœtus mort.

Obs. 1. — Norman, grossesse extra utérine. Elytrotomie Extraction du fœtus mort. — *Mort* (*Médico-chirurg. transact of London*, 1827, vol. XIII, p. 348).

Obs. 2. — P. Dubois grossesse extra-utérine. Elytrotomie. *Guérison* (*Gaz. des hôpitaux*, mardi 2 février 1840, p. 58).

Obs. 3. — Gordon, grossesse gémellaire intra extra-utérine; fœtus extra-utérin retiré par le vagin. *Guérison*. — (*Weit, Journ. med. and. surg.*, octobre 1848).

Obs. 4. — T. Rupin, grossesse extra-utérine. Elytrotomie.

Fœtus de six mois, *mort* (*Gaz. des hôpitaux*, 1860, n. 16, p. 63).

Obs. 5. — Simpson, grossesse extra-utérine. Extraction du fœtus et du placenta par le vagin, *guérison* (*Edimb. med. Journ.*, 1863, X, 11, p. 270).

Obs. 6. — Lawson Tait, grossesse extra-utérine, extraction du fœtus et du placenta, *mort* (*Méd. twiser and. gaz.*, 1873, X, II, p. 129).

Obs. 7. — Haucocke-Wattien, grossesse extra-utérine, élytrotomie, *guérison* (*méd. twiser and. gaz.*, 1877, X, II, p. 641).

Obs. 8. — Schröder, grossesse extra-utérine, élytrotomie, *mort* (résumée dans la mémoire du Dr L. H. Petit. *Ann. de gynécologie*, fév. 1883, p. 104).

Obs. 9. — Kaltembach, grossesse extra-utérine, élytrotomie, perforation du crâne, *mort* de la mère par embolie, le huitième jour (*Arch. fur gynäkologie*, 1881, Bd. XVIII, p. 473).

Obs. 10. — Pinard, grossesse abdominale, élytrotomie deux mois après *mort* du fœtus à terme, *guérison* (Lue à l'Académie de Médecine le 19 février 1884).

Obs. 11. — Bozenan, grossesse abdominale à 6 mois, élytrotomie trouvée 3 ans après, *guérison* (*New-York, méd. Journ.*, 20 décembre 1884, p. 689).

Obs. 12. — Edis, grossesse extra-utérine, élytrotomie à 6 mois (*The Brit. gyn. Journ.*, juin 1885, vol. I, n. 2, p. 117).

Obs. 13. — Chauvenet et Negri, grossesse extra-utérine, élytrotomie, *guérison* (*Ann. d'Obst.*, 1885, n. 1 et 2).

Toutes ces observations nous montrent que le plus grand

nombre d'élytrotomies ont été pratiquées pendant la période de rétention du fœtus mort. Elles ont donné, dans ce cas, d'excellents résultats, parce que la circulation placentaire avait cessé. On pourra donc, quand il n'y aura pas contre-indication, pratiquer l'élytrotomie avec chance de succès : mais il est évident que c'est se créer des difficultés que de travailler à extraire un fœtus vivant par la voie vaginale, alors qu'une hémorrhagie peut devenir rapidement mortelle, et qu'on sera impuissant à l'arrêter.

*La laparatomie sera donc l'opération de choix de la grossesse extra-utérine : on fera donc la laparatomie :*

I. — Quand le fœtus est vivant :

1° Dans les premiers mois de la grossesse avant et après rupture.

2° Dans les derniers mois, à moins que le placenta ne s'insère sur la paroi abdominale.

II. — En cas de rupture du sac et d'hémorrhagie interne. On pourra pratiquer l'élytrotomie :

I. — Quand le fœtus est mort depuis longtemps, et qu'on a tout lieu de croire que la circulation placentaire a cessé.

II. — Quand le fœtus vivant, le sac fœtal sera très accessible dans l'un des culs-de-sac vaginaux, et que le placenta s'insérera sur la paroi abdominale.

III. — Toutes les fois que, le fœtus étant mort, la cavité kystique contiendra du pus.

## CONCLUSIONS

1° La grossesse extra-utérine peut se représenter deux fois chez la même femme.

2° La grossesse qui suit une grossesse extra-utérine peut être une grossesse utérine normale, comme le prouvent les observations de Lawson-Tait, Tüppert et autres auteurs.

3° Nous ne sommes pas d'avis qu'il faille nécessairement supprimer les annexes du côté opposé en cas de première grossesse extra-utérine parce qu'une grossesse utérine régulière peut dans beaucoup de cas suivre une grossesse extra-utérine, nous en avons trouvé un grand nombre dans nos recherches.

4° La deuxième grossesse extra-utérine chez la même femme peut avoir une suite bénigne, même après opération comme dans les cas 13, 14, 16.

5° Une femme ayant eu une grossesse extra-utérine le praticien sera par le fait averti qu'elle est susceptible d'en avoir une autre ultérieurement.

6° Le diagnostic rétrospectif, comme le prouvent les figures ci-dessus peut être fait non seulement par la présence d'un fœtus, mais encore par la présence de cellules déci-

duales et surtout de villosités choriales dans la tumeur enlevée.

7° Il est avéré que le fœtus et les débris d'œuf peuvent disparaître complètement si l'œuf est jeune et il se peut qu'après un certain laps de temps tout vestige disparaisse et soit résorbé. Mais le fœtus se résorbe difficilement : si l'âge est plus avancé il se transforme en lithopédion.

8° Le diagnostic clinique est possible même avant tout accident de rupture comme dans plusieurs cas ci-dessus rapportés.

9° Le diagnostic clinique peut être confirmé par l'examen de la muqueuse : s'il est prouvé que celle-ci est une muqueuse déciduale, le diagnostic est certain. *Mais en clinique ce diagnostic microscopique n'est pas nécessaire comme le prouvent les quelques faits énumérés plus haut.*

10° Le traitement s'impose de droit s'il y a des accidents de rupture.

11° D'après Veit et Werth il faut traiter la grossesse extra-utérine comme *une tumeur maligne* et l'extirpation s'impose de suite lorsque le diagnostic est posé et nettement établi : de fait, on n'est jamais sûr du mode de terminaison de la grossesse extra-utérine, souvent malheureusement on voit, la nuit par exemple (cas 16 où les accidents se sont produits dans la nuit, et fort heureusement grâce au diagnostic la malade fut secourue à temps ; le cas 11 a été un exemple de ce genre), la terminaison fatale survenir en quelques heures. Toutefois il ne faut pas oublier qu'il peut y avoir souvent des terminaisons spontanées, dans notre travail les terminaisons spontanées sont fréquentes, mais il faudra en

pareil cas si l'on fait l'expectation, être prêt à intervenir à toute heure du jour et de la nuit.

Les différentes voies d'élimination peuvent être le rectum, le vagin, la vessie, la paroi abdominale. Nous doutons fort que le cas où un fœtus aurait été vomi par la bouche ainsi que le placenta soit digne de foi.

---

Vu : le Président de la thèse,  
TARNIER.

Vu : le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

## LÉGENDES DES PLANCHES

### FIGURES MACROSCOPIQUES

*Fig. 1.*

- A extrém. utérine de la trompe.
- B extrémité abdominale.
- C rupture de la trompe.
- D caillot engagé dans la rupture.
- E kystes.
- F ligament large.
- G ovaire.

*Fig. 2.*

- A rupture de la trompe.
- B extrémité utérine.
- C villosités choriales et extra-vasa sanguins.
- D caillot sanguin.
- E extrémité abdominale.
- F masses fibrineuses.
- G feuillet pariétal.

### FIGURES MICROSCOPIQUES

- I. — Cellules déciduales.
- II. — Villosités choriales d'un œuf au 2<sup>me</sup> mois.
- III. — Villosités choriales très jeunes trouvées dans la pièce anatomique de la seconde opération.
- IV. — Coupe de la trompe à un plus faible grossissement avec villosités choriales et cellules déciduales.
- V. — Extrémité utérine de la trompe vue à un faible grossissement : on voit à droite la lumière de la trompe et à gauche l'œuf fœtal.
- VI. — Hématome de l'ovaire gauche avec follicules dissociés.









